UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS 5)
Faculté de Médecine Paris Descartes

Année 2012 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Madame Anne BORGAT-ARCHEVEQUE

Née le 19 septembre 1981 à Paris 14e

Préparée et soutenue publiquement le jeudi 26 janvier 2012

Titre : Impact d'un "tableau de bord" informatique pour le dépistage des cancers dans un cabinet de groupe de médecine générale : étude avant/après

Jury :

Président du Jury et Directeur de Thèse : Professeur Hector FALCOFF
Professeur Dominique VALLA
Docteur Françoise MARCHAND-BUTTIN
Docteur Pierre DURIEU

RÉSUMÉ

Contexte : le médecin généraliste a une position centrale dans le dépistage des cancers. Des tableaux de bords de suivi (TBS) informatiques existent, permettant de regrouper les informations relatives à plusieurs items et alertant le médecin pour un item non à jour.

Objectif : nous avons cherché à savoir si l'implémentation d'un TBS dans les dossiers des patients pourrait aider le médecin dans sa mission, en augmentant le nombre de patients pratiquant les examens de dépistage, et en améliorant le renseignement des dossiers.

Méthode : nous avons mené une étude avant-après dans un cabinet de médecine générale à Paris, avec 400 patients tirés au sort dans chaque phase. Les items inclus dans les TBS étaient la réalisation de l'hémoccult, du frottis cervico-vaginal, la mammographie, les antécédents familiaux de cancers et la consommation alcoolo-tabagique des patients.

Résultats : neuf mois après l'introduction d'un TBS, les taux d'examens de dépistage réalisés n'ont pas changé. Par contre le renseignement des dossiers a nettement progressé, pour tous les items sans exception. Le TBS n'a été utilisé qu'une fois sur quatre, les médecins ayant mis du temps à l'intégrer dans leur pratique. Néanmoins les médecins sont satisfaits du système.

Discussion : l'impact réel des TBS en terme de taux d'examens réalisés devrait être mesuré dans quelques années, une fois les TBS inscrits dans la pratique. Ce type d'outil permet de saisir de manière structurée les procédures réalisées, tant pour la présentation que pour le suivi des pathologies chroniques. Le suivi d'indicateurs devient ainsi possible.

DISCIPLINE :
Doctorat en Médecine Générale

MOTS-CLES
Dépistage de cancer, hémoccult, mammographie, consommation d'alcool,
consommation de tabac, système informatique d'aide à la décision, tableau de bord de suivi, dossier médical

UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS V)
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES
15 rue de l'Ecole de Médecine
75270 PARIS CEDEX 06

RÉSUMÉ

Contexte : le médecin généraliste a une position centrale dans le dépistage des cancers. Des tableaux de bords de suivi (TBS) informatiques existent, permettant de regrouper les informations relatives à plusieurs items et alertant le médecin pour un item non à jour.

Objectif : nous avons cherché à savoir si l'implémentation d'un TBS dans les dossiers des patients pourrait aider le médecin dans sa mission, en augmentant le nombre de patients pratiquant les examens de dépistage, et en améliorant le renseignement des dossiers.

Méthode : nous avons mené une étude avant-après dans un cabinet de médecine générale à Paris, avec 400 patients tirés au sort dans chaque phase. Les items inclus dans les TBS étaient la réalisation de l'hémoccult, du frottis cervico-vaginal, la mammographie, les antécédents familiaux de cancers et la consommation alcoolo-tabagique des patients.

Résultats : neuf mois après l'introduction d'un TBS, les taux d'examens de dépistage réalisés n'ont pas changé. Par contre le renseignement des dossiers a nettement progressé, pour tous les items sans exception. Le TBS n'a été utilisé qu'une fois sur quatre, les médecins ayant mis du temps à l'intégrer dans leur pratique. Néanmoins les médecins sont satisfaits du système.

Conclusion : l'impact réel des TBS en terme de taux d'examens réalisés devrait être mesuré dans quelques années, une fois les TBS inscrits dans la pratique. Ce type d'outil permet de saisir de manière structurée les procédures réalisées, tant pour la présentation que pour le suivi des pathologies chroniques. Le suivi d'indicateurs devient ainsi possible.

DISCIPLINE :
Doctorat en Médecine Générale

MOTS-CLES
Dépistage de cancer, hémoccult, mammographie, consommation d'alcool,
consommation de tabac, système informatique d'aide à la décision, tableau de bord de suivi, dossier médical

REMERCIEMENTS

Au Professeur Hector Falcoff, pour son enthousiasme contagieux , ses idées débordantes, ses encouragements, ses relectures précieuses et surtout son exemple de médecin qui se soucie de chacun de ses patients et se donne sans compter,

Au Docteur Alain Simavonian, qui m'a appris à voler de mes propres ailes avec comme bagage un bel exemple de médecine humaine qui cherche sans cesse à progresser,

Aux Docteurs Aline NGuyen, Anne-Marie Bouvier, Barbara Lesavre, Isabelle Cretenet, Jérôme Dobias et Laurent Rigal, médecins du cabinet Lahire, où j'ai passé mon dernier stage d'internat. Merci pour leur accueil, leur gentillesse. Et mille mercis pour leur participation à l'étude !

Au Docteur Françoise Marchand-Buttin pour son accueil à ADECA 75, son talent et ses encouragements,

Au Docteur Pierre Durieu, qui a accepté de participer à mon jury de thèse,

A Madame Anne-Marie Gratadour pour sa disponibilité et son efficacité tout au long de mon DES,

A mon Parrain, le premier médecin que j'ai admiré, qui m'a encouragée à m'engager dans la voie de la médecine,

A mes Parents et mes amis, qui m'ont toujours fait confiance,

A Dominique qui a mis sa touche de fée de l'édition,

A Sébastien pour sa présence, sa patience et son perfectionnisme,

A Pauline et Guillaume, pour leur joie de vivre et leurs bisous.

SOMMAIRE

1 Introduction 8
2 Méthode 13
2.1 Type d'étude 13
2.2 Mise au point des tableaux de bord de suivi 13
2.3 Objectifs principaux 15
2.4 Objectifs secondaires 15
2.5 Méthode 15
2.5.1 Population et chronologie de l'étude 15
2.5.2 Extraction des données 16
2.5.2.1 Dans les dossiers des patients 17
2.5.2.2 Sur la base d'ADECA 75 17
2.6 Indicateurs 18
2.7 Analyse statistique 20
3 Résultats 21
3.1 Caractéristiques des patients 21
3.2 Hémoccult 22
3.3 Mammographie 26
3.4 Frottis cervico-vaginal 31
3.5 Antécédents familiaux de cancer, consommation d'alcool et tabac et catégorie socio-professionnelle 31
3.6 Evolution 2009-2010 selon les caractéristiques des patients 33
3.6.1 Evolution selon la catégorie socio-professionnelle des patients 33
3.6.2 Evolution selon l'âge des patients 34
3.6.3 Evolution selon le sexe des patients 35
3.7 Taux d'utilisation des TBS 36
3.8 Retour des médecins 37
4 Discussion 39
4.1 Synthèse des résultats 39
4.2 Interprétation 39
4.2.1 Le médecin généraliste prend sa place au cœur du dépistage 39
4.2.1.1 Le dépistage du cancer du colon 39
4.2.1.2 Le suivi gynécologique 40
4.2.1.3 La consommation alcoolo-tabagique 42
4.2.2 Laisser le temps 43
4.2.2.1 Acquérir une culture du dépistage 43
4.2.2.2 Se familiariser avec l'outil 44

4.2.3 Un même dépistage pour tous ? 45
4.3 Forces et faiblesses de l'étude 46
4.4 Perspectives 47
4.4.1 Une amélioration des TBS 47
4.4.2 Vers d'autres TBS 48
4.4.3 Avantages d'une base de données structurées 48
5 Conclusion 50
6 Annexes 51
6.1 Annexe 1 : Informations retrouvées dans le TBS 51
6.2 Annexe 2: Petit mémo du TBS 53
6.3 Annexe 3: Calcul des différents indicateurs en fonction des caractéristiques socio-démographiques des patients 55
6.4 Annexe 4 : Résultats individuels des médecins du groupe Lahire (médecins habituels) aux 1er novembre 2009 et 1er novembre 2010 61
6.5 Annexe 5: Questionnaire TBS Prévention - Médecins du cabinet Lahire – Décembre 2010 66
7 Bibliographie 70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Fenêtre TBS Prévention des cancers……. 14
Figure 2 : Chronologie de l'étude…….. 16
Figure 3 : Qualité du renseignement des dossiers des patients au sujet de l'hémoccult……. 23
Figure 4 : Qualité du renseignement du dossier chez les patients dépistés par l'hémoccult…….. 26
Figure 5 : Qualité du renseignement des dossiers des patientes au sujet de la mammographie……. 27
Figure 6 : Qualité du renseignement des dossiers chez les patientes dépistées par la mammographie (source du statut de dépistage : ADECA 75)…….. 30
Figure 7 : Répartition des dossiers utilisant ou non les TBS lors de la phase « Après » selon les différents médecins ……. 37
Figure 8 : Occasions au cours des desquelles les médecins disent ouvrir les TBS…… 37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des patients de l'étude……. 21
Tableau 2 : Statut des patients et renseignement des dossiers en 2009 et 2010 vis-à-vis du dépistage par l'hémoccult……. 24
Tableau 3 : Localisation de l'information hémoccult dans les dossiers à jour ……. 24
Tableau 4 : Qualité du renseignement des dossiers des patients pour l'hémoccult……... 25
Tableau 5 : Couverture mammographique des patientes du groupe médical éligibles pour le dépistage……... 28
Tableau 6 : Qualité du renseignement des dossiers des patientes dépistées par la mammographie (source du statut de dépistage : ADECA 75)……. 29
Tableau 7 : Localisation de l'information mammographie dans les dossiers à jour …… 29
Tableau 8 : Dossiers avec intention chez les patientes non dépistées (source du statut de dépistage : ADECA 75 +dossiers)…… 30
Tableau 9 : Informations relatives au FCV retrouvées dans les dossiers……. 31
Tableau 10 : Renseignement des dossiers pour la consommation en alcool et tabac, les antécédents familiaux de cancer…….. 31
Tableau 11 : Type de consommation en alcool renseignée dans les dossiers……. 32
Tableau 12 : Type de consommation tabagique renseignée dans les dossiers…… 32
Tableau 13 : Renseignement des dossiers pour la CSP des patients…….. 32
Tableau 14 : Evolution des indicateurs de l'étude en fonction de la CSP des patients…… 33
Tableau 15 : Evolution des indicateurs de l'étude en fonction du sexe des patients…… 34
Tableau 16 : Evolution des indicateurs de l'étude en fonction de l'âge des patients…… 35
Tableau 17 : Localisation de l'information dans les dossiers…….. 36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADECA 75	Organisme de dépistage des cancer sur le département 75
ANAES	Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ATCD	Antécédents
CCR	Cancer colo-rectal
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DI	Dépistage individuel
DO	Dépistage organisé
FCV	Frottis cervico-vaginal
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
InVS	Insitut de Veille Sanitaire
OH	Alcool
SFTG	Société Française de Thérapeutique du Généraliste
TBS	Tableau de bord de suivi
VADS	Voies aéro-digestives supérieures

1 INTRODUCTION

Le médecin généraliste a une position centrale dans la prise en charge de ses patients. Médecin du quotidien, il entretient avec son patient une relation directe et personnalisée. Cette place stratégique lui confère un rôle primordial dans la prévention et la surveillance de la survenue de multiples pathologies (1)(2). Tous domaines confondus, le dépistage constitue une activité de plus en plus importante dans la pratique du généraliste (3).

L'un des principaux domaines de dépistage est la cancérologie (4). Le cancer est devenu depuis 2004 la première cause de mortalité en France (5). Il représente la première cause de décès chez l'homme (33% des décès masculins) et la deuxième chez la femme (23% des décès féminins)(6). Chez l'homme, les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès sont le cancer du poumon avec environ 21 100 décès estimés en 2010, le cancer colorectal (9 200 décès) et le cancer de la prostate (8 800 décès). Chez la femme, le cancer du sein est au premier rang avec environ 11300 décès estimés en 2010, suivi du cancer colorectal (8 200 décès) et du cancer du poumon (7 700 décès) (7)(8).

Le dépistage est susceptible de réduire la mortalité pour certains cancers. Pour certaines localisations, l'écart de survie entre un stade local et régional est majeur, par exemple pour le côlon 90,8 % *vs* 69,5 % ou le col de l'utérus 91,5 % *vs* 57,7 %. Pour ces localisations, le diagnostic précoce modifie considérablement le pronostic. (9)

Plusieurs examens de dépistage sont développés :

- L'hémoccult pour le cancer colo-rectal (CCR) :

En l'absence de symptôme, il est établi qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans, suivi d'une coloscopie en cas de test positif, il est possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal si la participation de la population atteint 50 % (10). Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 %. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage (11). Organisé au niveau national depuis 2008 (4), le dépistage consiste en l'envoi d'une invitation par l'organisme de dépistage départemental aux patients éligibles tous les deux ans. Les patients doivent consulter leur médecin généraliste qui leur remet le test de dépistage. Les patients doivent faire le

prélèvement et l'envoyer au laboratoire qui centralise la réalisation des tests pour un département.

- Le frottis cervico-vaginal (FCV) pour le cancer du col de l'utérus (12)

Le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal au dépistage par son évolution lente et l'existence de lésions précancéreuses curables. Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est un examen cytologique : le frottis cervico-utérin. Il est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans après deux frottis négatifs à un an d'intervalle. Il n'existe pas encore de dépistage organisé au niveau national, mais il y a des expériences dans certains départements.

- La mammographie pour le cancer du sein

Les recommandations d'un dépistage systématique par mammographie des femmes de 50 à 75 ans sont apparues en 1999, avec deux incidences par sein tous les deux ans. Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux supérieur à 70% pour une efficacité satisfaisante. Le taux français est même de 80% (11). Au niveau organisationnel, deux types de dépistage co-existent . D'une part le dépistage individuel (DI), prescrit par un praticien (généraliste ou le plus souvent gynécologue). D'autre part, le dépistage organisé, en place au niveau national depuis 2004 (4). L'association départementale chargée de son organisation envoie un courrier d'invitation aux femmes tous les deux ans. Il est soumis à des normes de qualité (formation des radiologues, contrôles des mammographes, doubles lectures) et est gratuit pour les femmes.

L'organisme en charge du dépistage organisé pour la mammographie et l'hémoccult à Paris est ADECA 75.

Le taux de couverture de ces dépistages est insuffisant : il n'était qu'à 34% pour l'hémoccult en 2009 (13), la mammographie n'était qu'à 65% (14) et le FCV à 57% (15).

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer ces faibles taux de participation. Dans le cadre du plan cancer 2009-2013, l'étude « Les français face au dépistage » (16) montre que bien que 97% des français conviennent qu'il y a un bénéfice lié au dépistage en terme de guérison, 69% perçoivent la démarche de dépistage comme angoissante. De plus il persiste un grand manque d'information : bien que 98% des patients connaissent le dépistage du cancer du sein, 90% pour celui du CCR et du cancer du col de l'utérus, une grande confusion est faite entre dépistage et diagnostic. Ainsi 57% des patients n'ayant pas réalisé les examens de dépistage l'expliquent par la non-apparition de symptômes. Au final 26% des français restent convaincus que le dépistage est nécessaire uniquement si des symptômes ou des douleurs sont

ressentis. Ils sont également 26% à penser que le dépistage du CCR concerne davantage les hommes. Enfin, l'incitation par le médecin semble déterminante : 61% des femmes qui ont réalisé le dépistage par mammographie disent l'avoir fait parce que leur médecin leur en a parlé, alors même qu'elles consultaient pour un autre motif, 50% pour le CCR ; 80% pour le FCV. Parmi les non dépistés, 29% disent qu' « ils n'y ont pas songé ».
On peut donc penser qu'une attention particulière du médecin généraliste au dépistage, notamment en terme de délivrance d'informations, pourrait avoir un impact conséquent sur le taux de réalisation des examens de dépistage.

Le dépistage passe aussi par le repérage et si possible la réduction de l'exposition à certains facteurs de risque de cancer. Parmi eux, tabac et alcool ont une importance capitale en France. En 2000, 22500 décès étaient directement liés à l'alcool : 46% des cancers des VADS, 40% des cirrhoses, 14% des psychoses alcooliques (17). En 2003, 66000 décès étaient liés au tabac, très majoritairement chez l'homme : 50% par cancer des VADS ou du poumon, 17% par pathologie cardio-vasculaire, 16% par pathologies respiratoires (18). Il a été montré que le simple fait de poser la question de la consommation permettait d'entamer une réflexion du patient puis un chemin de sevrage (19)(20).

Il est logique de penser qu'un dossier bien tenu peut aider pour mener à bien ces missions, que ce soit pour consigner les examens de dépistage réalisés ou pour noter la consommation d'alcool et de tabac des patients (21).

La qualité du renseignement des dossiers a été évaluée récemment par une étude menée en Ile de France auprès de maitres de stage. Un des objectifs était de mesurer les informations détenues par les médecins sur le dépistage dans les dossiers de leurs patients et de les comparer au statut déclaré par les patients (21). Cette étude a eu lieu entre juin 2008 et avril 2009, auprès de 52 maitres de stages franciliens, incluant 3644 patients tirés au sort dans leur patientèle. Un questionnaire avec plusieurs items de prévention était fourni au médecin qui devait le remplir à partir des données de ses dossiers, ou à défaut de sa mémoire. Le même questionnaire était envoyé aux patients. Les résultats ont été les suivants :

- 25% des dossiers ont une information relative à l'alcool dans les dossiers.
  13% des patients sont connus des médecins comme ayant une consommation excessive, alors qu'ils sont en réalité 28%.

- 45,7% des dossiers ont une information relative au tabac, concordante avec la réalité dans 90% des cas ; 27,6% des patients sont fumeurs.
- Pour le dépistage du CCR, 24,1% des patients sont à jour. 25,1% des dossiers ont une information relative à ce dépistage.
- Pour le FCV : 26% des dossiers sont renseignés et à jour
- Pour la mammographie : 55% des dossiers sont renseignés

Finalement, quel que soit l'item de prévention considéré, il y a une grande marge de progression dans le renseignement des dossiers.

Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage est fondamental puisqu'il repère les personnes concernées, vérifie les critères d'inclusion et d'exclusion, délivre les informations relatives aux examens (déroulement, conséquence selon les résultats, périodicité), rappelle les échéances, motive le patient, distribue l'hémoccult, fait le FCV ou le prescrit, coordonne la suite du processus si le test est positif (2)(3)(6). Et il recommence tout cela en fonction de la périodicité recommandée. Par rapport à la consommation alcoolo-tabagique des patients, les rôles du médecin généralistes sont encore nombreux : repérer l'exposition au risque ; informer, évaluer la motivation, conseiller ; prescrire des substituts nicotiniques, orienter vers un spécialiste de la dépendance si besoin.

Cependant, il est difficile pour le médecin généraliste de se mettre à jour et de mémoriser toutes les recommandations (22)(23). Plusieurs études montrent la difficulté des médecins à harmoniser leur stratégie de dépistage des cancers et de la consommation alcoolo-tabagique (24)(25)(26). De plus, selon l'enquête de la Drees réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux, les consultations durent en moyenne 16 minutes (27). K. Fiscella dans un article intitulé « so much to do, so little time » (28) résume bien une des principales problématiques du médecin généraliste, soulignant à quel point il est difficile de mettre en œuvre toutes les actions de prévention et de dépistage recommandées dans un temps de consultation limité.

Depuis quelques années, des outils informatiques destinés à améliorer le suivi ont été implémentés dans les dossiers des patients. De nombreuses études basées sur des rappels automatiques ont montré une amélioration des pratiques (29)(30), avec une meilleure adhésion aux recommandations (31)(32)(33). Cependant la principale limite de ces évaluations est l'impossibilité de généraliser les résultats aux petites structures de soins

indépendantes qui regroupent quelques médecins et utilisent des systèmes informatiques du commerce (31).Une première étude a été menée en France en 2008 sur le suivi de certaines pathologies chroniques, constatant une amélioration des indicateurs mesurés (34). Cette étude est basée sur des « tableaux de bord de suivi » (TBS) dont le principe est de rassembler les informations relatives à plusieurs procédures du suivi d'une pathologie et de rappeler visuellement si le patient n'est pas à jour pour une procédure.

Est-ce que l'implémentation dans les dossiers de patients d'un TBS relatif au dépistage des trois principaux cancers et à la consommation-alcoolo-tabagique des patients permettrait d'augmenter les taux de dépistage des patients ? Permettrait-elle d'améliorer la documentation des soins préventifs réalisés ?

2 METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude comparative avant/après dans un cabinet de groupe de médecins généralistes situé dans le 13ème arrondissement à Paris. Ce cabinet comprenait 8 médecins âgés de 36 à 58 ans 4 hommes et 4 femmes, plus 2 internes en stage et deux remplaçants « permanents »[1].

2.2 Mise au point des tableaux de bord de suivi

Le cabinet médical est informatisé avec le logiciel eO médecin (société SILK Informatique, Angers). Les dossiers des patients comprennent plusieurs écrans:

- Un écran d'état civil (date de naissance, sexe, profession)
- Un écran « historique » regroupant les antécédents et les problèmes au long cours
- Un écran « allergie » et « vaccins »
- Un écran « consultation », où l'on peut lire le détail des consultations (interrogatoire, examen clinique, conclusion, prescriptions) de la plus récente à la plus ancienne
- Un écran « comptes-rendus », où sont scannés les courriers et comptes-rendus d'examens
- Un écran « biologie »

Depuis les écrans historique, consultation et comptes-rendus, il est possible d'accéder aux tableaux de bord de suivi (TBS) en cliquant sur une icône TBS. Le TBS est un tableau regroupant plusieurs procédures, pour lesquelles une périodicité de réalisation ou de renseignement est demandée. Pour chaque item le médecin note la date de réalisation de l'examen ou la date à laquelle l'information a été notée, ainsi que son résultat. Il peut préciser si le patient n'est pas éligible pour l'examen. Un rappel visuel s'affiche sur la ligne de chaque item, indiquant au médecin si le patient est à jour ou non pour l'item considéré. Pour chaque item, une case commentaire permet de noter en texte libre toutes les informations qui n'auraient pas trouvé leur place ailleurs.

Au début de notre étude, des TBS pour le suivi du diabète de type 2 et l'hypertension artérielle étaient déjà implémentés dans le logiciel, deux médecins du cabinet les utilisaient

[1] Travaillant des jours fixes dans la semaine

dans leur pratique quotidienne. Le contenu du TBS « prévention des cancers » a été défini suite à des réunions avec les différents médecins du cabinet. Il est ressorti que pour permettre une bonne appropriation de l'outil, il était préférable de limiter le nombre d'items à renseigner et la quantité d'information à fournir par item.

Les items retenus ont été les suivants :

- Antécédents familiaux de cancer
- Hémoccult : date du dernier examen et résultat
- Mammographie : date du dernier examen et résultat
- Frottis cervico-vaginal : date du dernier examen et résultat
- Consommation d'alcool : quantité consommée hebdomadaire
- Consommation tabagique : quantité consommée quotidienne

La figure 1 montre une « fenêtre TBS » telle qu'elle s'affiche dans les dossiers

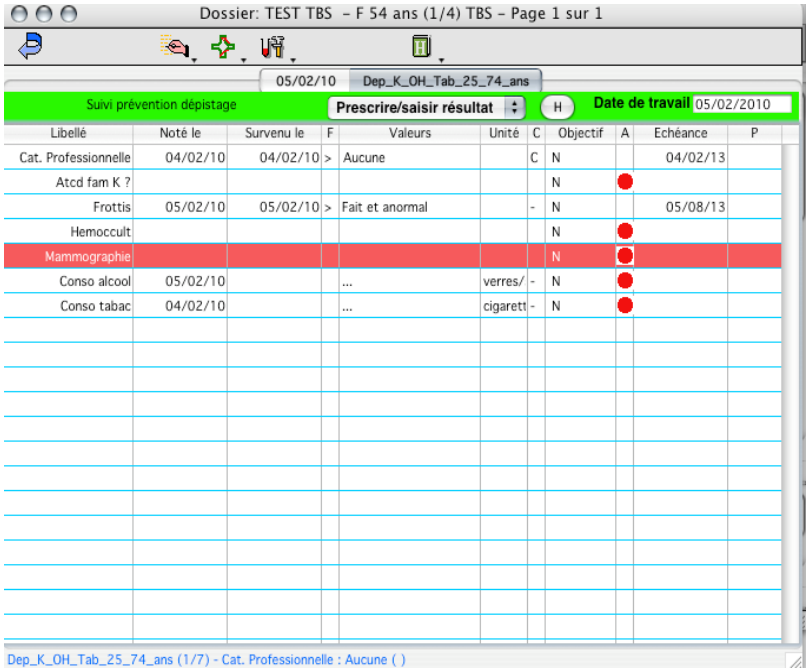

Dossier: TEST TBS - F 54 ans (1/4) TBS - Page 1 sur 1
05/02/10
Dep_K_OH_Tab_25_74_ans
Suivi prévention dépistage
Prescrire/saisir résultat
H
Date de travail 05/02/2010
Libellé | Noté le | Survenu le | F | Valeurs | Unité | C | Objectif | A | Echéance | P
Cat. Professionnelle | 04/02/10 | 04/02/10 | > | Aucune | | C | N | | 04/02/13 |
Atcd fam K ? | | | | | | | N | | |
Frottis | 05/02/10 | 05/02/10 | > | Fait et anormal | | - | N | | 05/08/13 |
Hemoccult | | | | | | | N | | |
Mammographie | | | | | | | N | | |
Conso alcool | 05/02/10 | | | ... | verres/ | - | N | | |
Conso tabac | 04/02/10 | | | ... | cigarett | - | N | | |
Dep_K_OH_Tab_25_74_ans (1/7) - Cat. Professionnelle : Aucune ( )

Figure 1 : fenêtre TBS Prévention des cancers

En cliquant sur le libellé d'un item, le médecin pouvait accéder à une liste d'informations relatives à l'item sélectionné (critères d'éligibilité, coordonnées des organismes de dépistage…) (cf annexe 1).

Le TBS dépistage des cancers n'était pas présent par défaut dans les dossiers des patients. A l'ouverture d'un dossier, il était proposé au médecin d'inclure le TBS dans le dossier : le TBS devenait alors accessible en cliquant sur l'icône TBS susmentionnée.

Une fois le TBS mis au point, les médecins ont été formés seuls ou en groupe au début de l'année 2010. Un mode d'emploi leur a été remis (cf annexe 2). Le TBS est entré dans les dossiers en février 2010.

2.3 Objectifs principaux

- Savoir si l'introduction de TBS dans les dossiers des patients permet d'augmenter :
    - la proportion de patients à jour pour l'hémoccult et la mammographie,
    - la proportion de dossiers dont le statut est renseigné pour les dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus et du colon, et pour le statut vis-à-vis de l'alcool et du tabac.
- Mesurer la validité des informations contenues dans les dossiers avant et après la mise en place des TBS concernant l'hémoccult et la mammographie faits dans le cadre du dépistage organisé par ADECA 75.

2.4 Objectifs secondaires

- Pour chaque indicateur de qualité ci-dessus, avant et après TBS, mettre en évidence :
    - Un éventuel gradient en fonction de la catégorie socio-professionnelle (CSP) des patients,
    - Une éventuelle association avec le sexe ou l'âge du patient.
- Vérifier l'utilisabilité et l'acceptabilité des TBS au quotidien par les médecins du groupe médical.

2.5 Méthode

2.5.1 Population et chronologie de l'étude

Afin de prendre en compte les délais de réalisation de la première mammographie et du premier hémoccult à partir de 50 ans (24 mois), nous avons inclus des patients âgés de 52 à 74 ans révolus. Nous avons tiré au sort 400 patients, 200 hommes et 200 femmes pour chacune des deux périodes de l'étude.

La figure 2 représente la chronologie de l'étude.

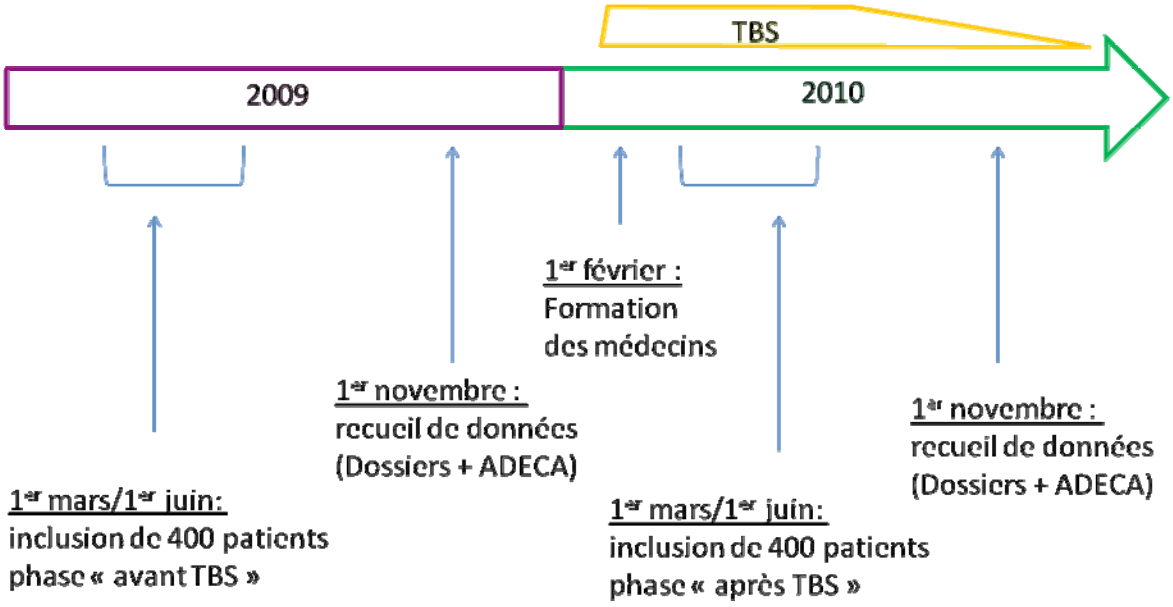


Figure 2 : chronologie de l'étude

La sélection des patients a été faite par tirage au sort parmi ceux qui avaient consulté entre mars et juin 2009 et entre mars et juin 2010. Deux échantillons indépendants ont ainsi été constitués.

- Période « AVANT » :
  - Critères d'inclusion : patients ayant consulté au moins une fois entre le 1er mars 2009 et 1er juin 2009
  - Critères d'exclusion : aucun.
- Période « APRES » :
  1. Critères d'inclusion : patients ayant consulté au moins une fois entre le 1er mars 2010 et le 1er juin 2010.
  2. Critères d'exclusion : aucun.

La formation des médecins à l'utilisation des TBS a eu lieu en février 2010.

Le recueil des données s'est effectué à distance de la consultation des patients, afin de laisser le temps de réaliser les examens de dépistage. Les résultats ont donc été établis à partir de données datant du 30 octobre 2009 pour la phase « AVANT » et du 30 octobre 2010 pour la phase « APRES ».

2.5.2 Extraction des données

Les données ont été extraites à partir de deux sources :

- Les dossiers des patients (sauvegarde de la base de données d'éO)
- La base de données d'ADECA 75

Pour savoir si un patient tiré au sort avait pour médecin traitant un des médecins du cabinet nous avons consulté, avec l'aide des médecins, les listes de patients sur le site ameli.fr.

2.5.2.1 Dans les dossiers des patients

J'ai utilisé deux sauvegardes : celle du 30 octobre 2009 pour la phase « AVANT» et celle du 30 octobre 2010 pour la phase « APRES ».

Pour chaque dossier, j'ai extrait manuellement les informations suivantes :

- ✓ Caractéristiques générales :

âge, sexe, adresse, date de la première consultation, nombre de consultations sur les 9 derniers mois, existence ou non d'un médecin « habituel » (c'est-à-dire consulté plus d'une fois sur deux) au cabinet, catégorie professionnelle selon INSEE

- ✓ Antécédents (ATCD) familiaux de cancers du colon et/ou du sein :

renseignés ou non, si oui : existence ou non d'antécédents

- ✓ Dépistage des cancer colo-rectal (CCR), sein, et col de l'utérus :

patient éligible (O/N), date du dernier examen réalisé et localisation de l'information dans le dossier (j'ai examiné successivement le TBS puis l'historique puis les examens complémentaires puis les consultations, la recherche s'arrêtait dès que l'information était trouvée). S'il n'y avait pas de date inscrite dans le dossier, j'ai noté les informations prouvant que le thème avait été abordé (refus du patient, explications fournies, test remis / ordonnance remise au patient).

- ✓ Consommation alcool et tabac :

renseignée ou non, si oui : date de l'information la plus récente, localisation dans le dossier (TBS puis historique puis consultations), quantité consommée.

2.5.2.2 Sur la base d'ADECA 75

J'ai réalisé le recueil de données au siège d'ADECA 75 en consultant leur base de données pour les patients tirés au sort et en extrayant les informations manuellement en mars 2010 pour la période « AVANT » et en novembre 2010 pour la période « APRES ». Seules les informations antérieures respectivement au 30 octobre 2009 et 2010 ont été prises en compte.

- ✓ Dépistage du CCR :

patient éligible (O/N) ; date du dernier hémoccult ou information transmise par le médecin ou le patient concernant une coloscopie ou un critère d'exclusion du dépistage par hémoccult

✓ Dépistage du cancer du sein :

patientes éligibles (O/N), date de la dernière mammographie, en précisant s'il s'agit d'un dépistage organisé (faite via ADECA) ou individuel (patiente ayant informé ADECA qu'elle a fait une mammographie par ailleurs), ou critère d'exclusion du dépistage mammographique.

2.6 Indicateurs

J'ai mesuré les indicateurs suivants :

- Pour l'hémoccult :
  - proportion de patients éligibles[2] à jour dans leur dépistage chez ADECA (critère : délai depuis le dernier hémoccult <30 mois)
  - chez les patients dépistés à jour : proportion de dossiers renseignés
  - chez les non dépistés : proportion de dossiers dans lesquels le sujet a été abordé en consultation
  - dans les dossiers renseignés : proportion de dossiers ayant une information actualisée

- Pour la mammographie :
  - proportion de patientes éligibles[3] à jour dans leur dépistage, d'après les infos recueillies via ADECA et via les dossiers
    (critère : délai < 30 mois)
  - chez les patientes dépistées à jour : proportion de dossiers renseignés
  - chez les non dépistées : proportion de dossiers dans lesquels le sujet a été abordé en consultation

[2] Les patients non éligibles sont :
- ceux ayant réalisé une coloscopie dans les 5 dernières années : non éligibilité temporaire
- ceux ayant un ATCD personnel de cancer colorectal ou d'adenome et/ou un ATCD familial de cancer colorectal ou d'adénome (1 parent 1er degré < 65 ans ou 2 parents 1er degré quel que soit l'âge) et/ou un ATCD de maladie inflammatoire chronique (Rectocolite hémorragique, Maladie de Crohn) et/ou une Polypose adénomateuse familiale et/ou un Cancer Héréditaire Colorectal Non Polyposique (HNPCC ou Sd de Lynch) : non éligibilité définitive

[3] Les patients non éligibles sont les patientes suivies pour une image anormale au niveau du sein, ou chez qui on suspecte une forme familiale de cancer du sein

- Pour le FCV :
    - proportion de patientes éligibles[4] à jour dans les dossiers (critère : < 42 mois)
    - pour les patientes non à jour : proportion de dossiers dans lesquels le sujet a été abordé en consultation
- Pour alcool et tabac :
    - proportion de dossiers renseignés, définis comme étant ceux pour lesquels l'information est notée au moins une fois pour les non consommateurs, info datant de moins de 2 ans pour les consommateurs
- Pour les antécédents familiaux de cancer :
    - proportion de dossiers renseignés, définis comme étant ceux dont l'information est notée depuis moins de 5 ans.
- Utilisation des TBS :
    - proportion d'items renseignés dans les TBS

J'ai calculé ces proportions pour la phase « AVANT » et la phase « APRES » :

- De manière globale, pour les patients éligibles
- Pour plusieurs sous-groupes de patients, en fonction des critères suivants :
    - CSP des patients, regroupés en deux classes : CSP hautes (cadres et professions intellectuelles supérieures) et CSP basses (employés et ouvriers)
    - Classe d'âge des patients
    - Patients ayant un médecin habituellement consulté dans le cabinet ou non (médecin consulté plus d'une fois sur deux)
    - Patient ayant leur médecin traitant dans le cabinet médical ou non
    - Ancienneté des patients
    - Intensité du suivi (plus ou moins de 3 consultations entre le 1er février et le 1er novembre de la même année)

Par ailleurs, j'ai évalué l'utilisabilité des TBS dans le cabinet en demandant aux médecins de remplir un questionnaire et en discutant avec eux lors d'une réunion courant décembre 2010.

[4] Les patientes non éligibles sont celles suivies pour une anomalie d'un FCV antérieur, les patients vierges et celles ayant eu une hystérectomie.

2.7 Analyse statistique

Pour chaque indicateur, j'ai fait les comparaisons suivantes :

- Comparaison 2009/2010 globale
- Comparaison 2009/2010 pour chaque sous-groupe de patients
- Comparaison en 2009 entre les différents sous-groupes de patients
- Comparaison en 2010 entre les différents sous-groupes de patients

J'ai fait les comparaisons en utilisant un test de chi-2

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques des patients

Variable	Modalité	2009		2010	
		N (manq)	n (%)	N (manq)	n (%)
Sexe	H F	400 (0)	200 (50,0) 200 (50,0)	400 (0)	200 (50,0) 200 (50,0)
Age	52-63 ans 64-74 ans	400 (0)	216 (54,0) 184 (46,0)	400 (0)	241 (60,3) 159 (39,8)
Résidence	Paris 13e Paris hors 13e Ilde France Hors Ile de france	386 (14)	343 (88,9) 14 (3,6) 28 (7,2) 1 (0,3)	386 (14)	341 (85,3) 15 (3,8) 27 (6,8) 3 (0,8)
CSP	Agriculteur Artisan Cadres Intermédiaires Employés Ouvriers	208 (192)	1 (0,5) 4 (1,9) 80 (38,5) 34 (16,3) 63 (30,3) 26 (12,5)	234 (166)	1 (0,4) 1 (0,4) 95 (40,6) 52 (22,2) 56 (23,9) 29 (12,4)
Ancienneté du suivi	< 2 ans 2 à 5 ans > 5 ans	400 (0)	117 (29,3) 101 (25,2) 182 (45,5)	400 (0)	61 (15,3) 181 (45,2) 158 (39,5)
Nombre de consultations (sur les 9 derniers mois)	1 à 3 Plus de 3	400 (0)	232 (58,0) 168 (42,0)	400 (0)	232 (58,0) 168 (42,0)
Médecin habituel (a)	Oui Non	400 (0)	372 (92,8) 28 (7,2)	400 (0)	377 (94,3) 23 (5,8)
Médecin traitant déclaré (b)	Oui Non	400 (?) (d)	150 (37,4) 250 (62,6)	400 (0)	192 (48,0) 208 (52,0)
Médecin traitant →habituel (c)	Oui Non	150 (?) (d)	145 (96,6) 5 (3,6)	192 (0)	172 (89,6) 20 (10,4)
Fréquentation médecin habituel	< ou = 2 consult/3 > 2 consult/3	372 (0)	296 (79,6) 76 (20,4)	377 (0)	284 (75,5) 93 (24,5)

(a) Nombre de patients consultant un même médecin plus d'une fois sur deux lorsqu'ils consultent au cabinet
(b) Nombre de patients ayant déclaré leur « médecin traitant » au sein du cabinet
(c) Parmi les patient ayant déclaré leur médecin traitant dans le cabinet, nombre de patients consultant ce médecin plus d'une fois sur deux
(d) Il manque les patients d'un des médecins du cabinet, dont nous n'avons pu obtenir la liste des patients l'ayant déclarée comme médecin traitant en 2009 (ils étaient 32 en 2010)

Tableau 1 : Caractéristiques des patients de l'étude

Les populations étudiées en 2009 et 2010 sont globalement similaires, tant sur le plan des caractéristiques socio démographiques (âge, sexe, résidence, CSP) que sur le plan du suivi

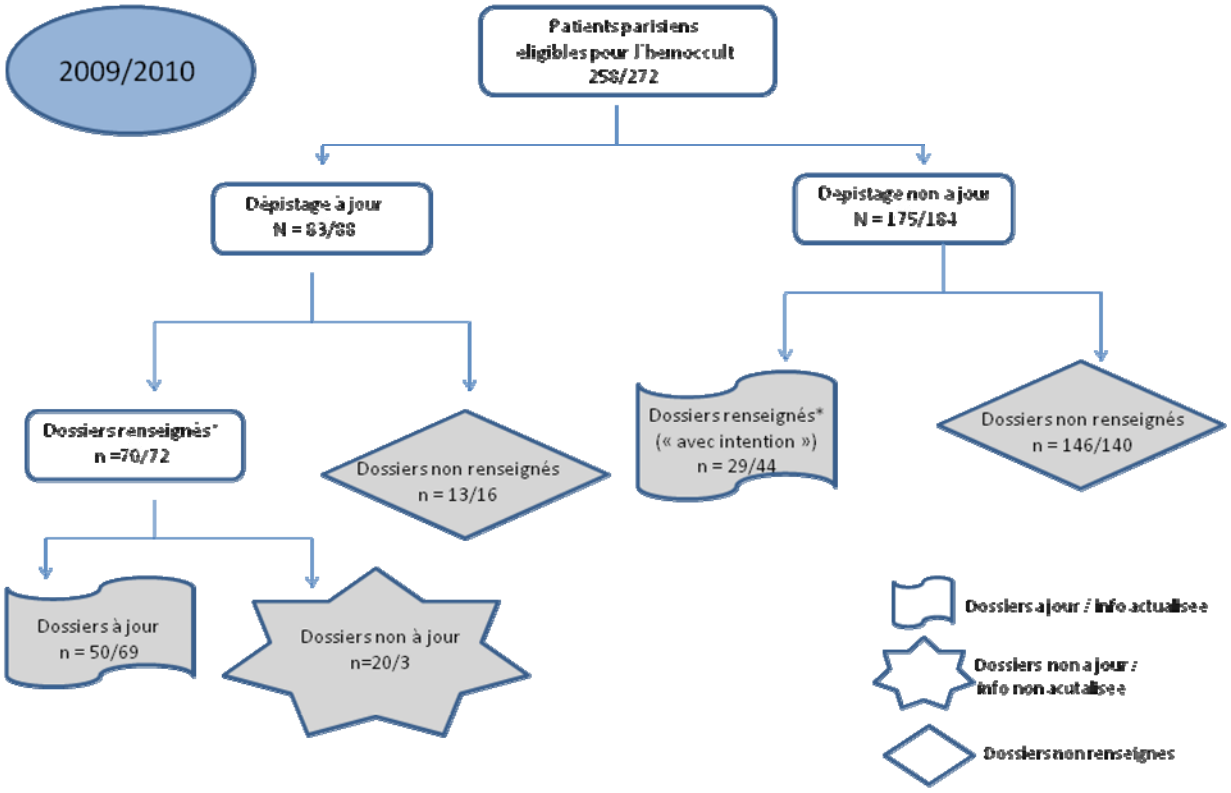
médical (ancienneté, fréquence de consultation, existence ou non dans le cabinet d'un médecin déclaré comme médecin traitant) si ce n'est que la population 2010 est légèrement plus jeune que la 2009. Cette différence peut s'expliquer par l'histoire du cabinet : deux cabinets ont fusionné pour créer ce cabinet de groupe en 2007. Il y a donc eu une nouvelle patientèle suite à cet emménagement, dont l'ancienneté est de 2 ans en 2009, et 3 ans en 2010. On peut noter que moins de la moitié des patients de l'échantillon ont leur médecin traitant dans le cabinet. Les patients sont fidèles à leur médecin traitant lorsqu'ils consultent au cabinet de celui-ci : le médecin déclaré comme médecin traitant est celui que le patient consulte le plus souvent pour environ 90% des patients.

3.2 Hémoccult

Sur les 400 patients inclus dans l'étude, nous avons exclu :

- les patients inconnus d'ADECA75 (52 en 2009 et 56 en 2010)
- les patients dont la non éligibilité pour l'hémoccult était documentée soit dans la banque de données d'ADECA 75, soit dans la base de donnée e0 (90 en 2009 et 72 en 2010).

Il y a donc ainsi 258 patients inclus dans l'étude pour la période AVANT, et 272 pour la période APRES. La répartition des patients en fonction de leur statut « à jour pour le dépistage » ou non et du type d'information relative au dépistage trouvée dans les dossiers est schématisée sur la figure 3.


2009/2010
Patients parisiens éligibles pour l'hemoccult 258/272
Dépistage à jour N = 83/88
Dépistage non à jour N = 175/184
Dossiers renseignés* n =70/72
Dossiers non renseignés n = 13/16
Dossiers renseignés* (« avec intention ») n = 29/44
Dossiers non renseignés n = 146/140
Dossiers à jour n = 50/69
Dossiers non à jour n=20/3
Dossiers à jour : info actualisée
Dossiers non à jour : info non actualisée
Dossiers non renseignés

* Dossiers dans lesquels le sujet de l'hemoccult a été évoqué et noté (test remis, refus du patient, information fournie, date du dernier hemoccult notée)

<u>Figure 3</u> : qualité du renseignement des dossiers des patients au sujet de l'hémoccult

En 2009, sur 258 patients (272 en 2010), 83 étaient à jour pour le dépistage (88 en 2010). Parmi eux 70 avaient une information relative à l'hémoccult notée dans le dossier (72 en 2010), 13 dossiers (16 en 2010) restaient « non renseignés » - c'était à dire qu'il n'y avait aucune trace de l'évocation du sujet de l'hémoccult en consultation. Sur les 70 dossiers « renseignés » (72 en 2010), 50 (69 en 2010) contenaient la date du dernier hémoccult (dossiers « à jour »). Dans les 20 (3 en 2010) dossiers restants (dossiers « non à jour ») l'information relevée n'était pas la plus récente – par exemple, on savait seulement que le test avait été remis sans avoir de date de réalisation.

Chez les 175 patients non dépistés (184 en 2010), 29 (44 en 2010) étaient renseignés (test remis, sujet abordé, refus du patient). Nous qualifierons ces dossiers de « dossiers en intention » puisque le sujet a été abordé en consultation. L'hémoccult n'ayant pas été réalisé, ils sont également considérés comme étant « à jour ». 150 dossiers (140 en 2010) n'avaient aucune information relative à l'hémoccult dans leur dossier.

Le tableau 2 présente l'impact de la mise en place des tableaux de bords sur 4 indicateurs :

- Le taux de patients à jour pour l'hémoccult

- Le taux de patients ayant fait leur hémoccult parmi les éligibles de l'année
- Le taux de dossiers à jour chez les patients dépistés
- Le taux de dossiers avec intention chez les non dépistés

Variable	Période	N	n (%)	p
Hémoccult à jour	2009	258	83 (32,2)	0,96
	2010	272	88 (32,4)	
Hémoccult fait dans l'année (taux Insee) (1)	2009	129	44 (34,1)	0,10
	2010	136	34 (25,0)	
Patients dépistés : dossier à jour	2009	83	50 (60,2)	0,015
	2010	88	69 (78,4)	
Patients non dépistés : dossiers avec intention	2009	175	29 (16,6)	0,11
	2010	184	44 (23,9)	

(1) Le calcul des taux INSEE consiste à rapporter les personnes dépistées dans l'année à la moitié de la population INSEE (après avoir exclu les non éligibles), soit 129 patients en 2009 et 136 en 2010. Ce taux correspond à la participation pour une année donnée. Ce sont les taux fournis par ADECA.

Tableau 2 : statut des patients et renseignement des dossiers en 2009 et 2010 vis-à-vis du dépistage par l'hémoccult

- Entre 2009 et 2010 le taux de patients à jour pour leur hémoccult chez ADECA n'a pas changé : il est de 32,4% en 2010 alors qu'il était de 32,2% en 2009.
- Le taux d'hémoccults réalisés entre le 1er janvier et le 30 octobre chez les patients éligibles est resté stable autour de 30%.
- Chez les patients dépistés, on observe que la date de l'hémoccult a été notée dans 78,4% des dossiers en 2010 contre 60,2% en 2009 (p=0,015).

  Le tableau 3 monte que cette augmentation est liée à une utilisation du TBS.

	N	TBS	Historique	Examens complémentaire	Consultation
2009	50	-	9	36	5
2010	69	19	8	37	5

Tableau 3 : Zone du dossier où l'information a été relevée

- Chez les patients non dépistés, la proportion de « dossiers avec intention » n'augmente pas de manière significative entre 2009 et 2010 (p=0,11).

Nous avons souhaité affiner les résultats relatifs à la qualité du renseignement des dossiers.

Le tableau 4 reprend les données que nous avons à ce sujet.

Variable	Période	N	n(%)	p
Patients dépistés : dossiers à jour	2009 2010	83 88	50 (60,2) 69 (78,4)	0,015
Patients dépistés : dossiers non à jour	2009 2010	83 88	20 (24,1) 3 (3,4)	< 0,0001
Patients dépistés : dossiers non renseignés	2009 2010	83 88	13 (15,7) 16 (18,2)	0,81
Patients dépistés ou non : dossiers à jour parmi les dossiers renseignés	2009 2010	99 116	79 (79,8) 113 (97,4)	< 0,0001

Tableau 4 : qualité du renseignement des dossiers des patients pour l'hémoccult

Dans un premier temps, nous avons étudié les dossiers des patients dépistés. Rappelons que le contenu du dossier d'un patient à jour pour le dépistage peut être de trois types :

- La date du dernier hémoccult est notée dans le dossier : dossier à jour
- Il y a une information qui n'est pas actualisée (on ne retrouve pas la date du dernier hémoccult) : dossier non à jour
- Il n'y a aucune trace d'évocation du sujet dans le dossier : dossier non renseigné

Nous avons mesuré que le taux de dossiers « à jour » chez les patients dépistés a augmenté significativement entre 2009 et 2010. Les résultats présentés dans le tableau 4, illustrés par la figure 4 ci-dessous montrent bien que l'augmentation du taux de dossiers à jour s'est effectuée principalement en parallèle à la diminution du nombre de dossiers qui avaient une information non à jour. Ceux-ci sont passés de 24,1% des dépistés en 2009 à 3,4% des dépistés en 2010 ($p < 0,0001$). Le taux de dossiers non renseignés n'a pas changé.

L'amélioration notée correspond donc à une meilleure actualisation des dossiers.

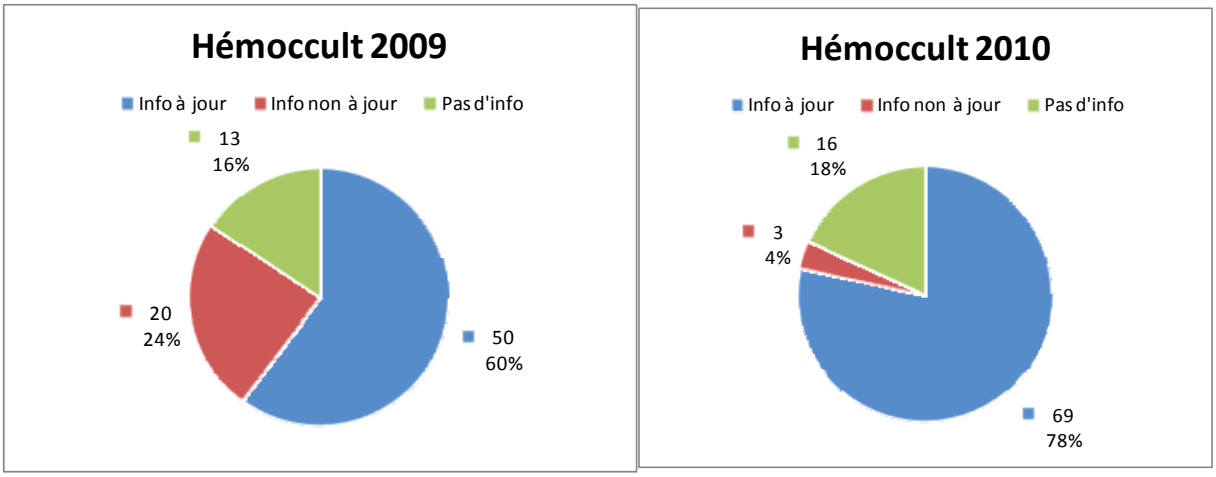


Figure 4 : Qualité du renseignement du dossier chez les patients dépistés par l'hémoccult

Dans un deuxième temps, nous avons étudié tous les dossiers ayant une information relative à l'hémoccult, que le patient soit dépisté ou non. Pour rappel, les dossiers considérés comme « à jour » sont :

- Ceux ayant la date du dernier hémoccult pour les patients dépistés
- Ceux ayant une information relative à l'hémoccult pour les patients non dépistés

Le taux de dossiers à jour parmi les dossiers renseignés passe de 78,9% en 2009 à 97,4% en 2010, montrant une amélioration de la fiabilité des informations retrouvées dans les dossiers ($p < 0,0001$)

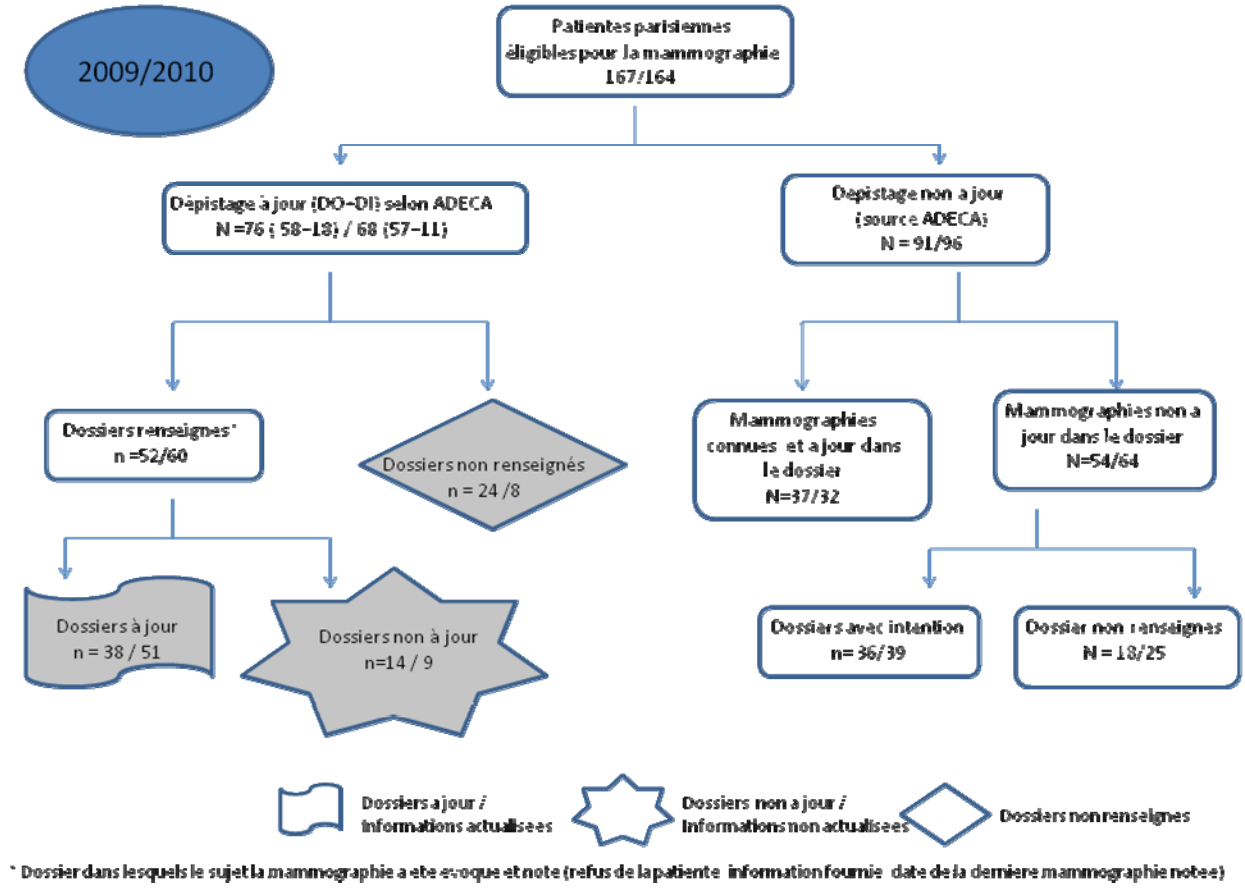
3.3 Mammographie

De même que pour l'hémoccult, nous avons exclu :

- Les patientes qui n'étaient pas connues d'ADECA 75, 16 en 2009 et 20 en 2010,
- Les patientes dont la non éligibilité pour la mammographie était documentée, 17 en 2009, 16 en 2010.

Les populations étudiées comptaient donc 167 patientes pour la phase « Avant » et 164 patientes pour la phase « Après ».

Les dossiers se répartissent de la manière suivante :


2009/2010
Patientes parisiennes éligibles pour la mammographie 167/164
Dépistage à jour (DO-DI) selon ADECA N =76 (58-18) / 68 (57-11)
Dépistage non à jour (source ADECA) N = 91/96
Dossiers renseignés* n =52/60
Dossiers non renseignés n = 24 /8
Mammographies connues et à jour dans le dossier N=37/32
Mammographies non à jour dans le dossier N=54/64
Dossiers à jour n = 38 / 51
Dossiers non à jour n=14 / 9
Dossiers avec intention n= 36/39
Dossier non renseignés N = 18/25
Dossiers à jour / informations actualisées
Dossiers non à jour / Informations non actualisées
Dossiers non renseignés
* Dossier dans lesquels le sujet la mammographie a été évoqué et noté (refus de la patiente information fournie date de la dernière mammographie notée)

<u>Figure 5 :</u> qualité du renseignement des dossiers des patientes au sujet de la mammographie

Sur les 167 patientes éligibles pour la mammographie en 2009 (164 en 2010), 76 étaient à jour pour la mammographie selon la base de donnée d'ADECA (68 en 2010), 58 ayant réalisé leur mammographie via le dépistage organisé (DO) et 18 ayant informé ADECA qu'elles l'avaient réalisé en dépistage individuel (respectivement 57 et 11 en 2010). Parmi les dossiers de ces 76 patientes (68 en 2010), 52 étaient renseignés (60 en 2010) dont 38 dans lesquels on retrouvait la dernière date de mammographie (51 en 2010), 14 dans lesquels on retrouvait seulement une évocation du sujet en consultation ou une date de mammographie antérieure (9 en 2010). Il restait 24 dossiers de patientes dépistées dans lesquels aucune information relative à la mammographie n'était relevée (8 en 2010)

Parmi les 91 patientes non à jour pour le dépistage d'après la base de données d'ADECA (96 en 2010), 37 patientes étaient connues comme étant à jour pour la mammographie dans les dossiers, les patientes ayant réalisé leur mammographie en dépistage individuel sans le signaler à ADECA (32 en 2010). Sur les 54 restantes (64 en 2010), on retrouvait une

information relative à la mammographie dans 36 dossiers (39 en 2010) – dossiers que nous qualifierons « avec intention » - finalement 18 étaient non renseignés (25 en 2010).

Le tableau 5 montre les résultats que nous avons obtenus concernant la couverture mammographique des patientes :

Variable	Modalité	N	n (%)	p
Mammographie à jour (Source = ADECA + dossiers)	2009 2010	167 164	113 (67,7) 100 (61,0)	0,248
Place du DO pour les mammographies réalisées dans les 30 derniers mois (Source = ADECA + dossiers)	2009 2010	113 100	58 (51,3) 57 (57,0)	0,49
Mammographies faites en DO dans l'année chez les patientes éligibles (Taux INSEE)	2009 2010	84 82	20 (24,0) 21 (25,6)	0,78

(1) Le taux INSEE consiste à rapporter les personnes dépistées dans l'année à la moitié de la population INSEE (après avoir exclu les non éligibles), soit 84 patientes en 2009 et 82 en 2010. Ce taux correspond à la participation pour une année donnée. Ce sont les taux fournis par ADECA.

Tableau 5 : couverture mammographique des patientes du groupe médical éligibles pour le dépistage

En prenant toutes les sources que nous avions – dossiers et base de données d'ADECA – nous avons pu obtenir un taux de patientes à jour pour la mammographie (ce taux est minimum, puisqu'il manque les mammographies réalisées en dépistage individuel dont les résultats ne sont pas consignés dans les dossiers ni signalés à ADECA). Le taux de patientes à jour pour le dépistage n'a pas changé entre 2009 et 2010, restant autour de 64% (p=0,248).
Parmi les mammographies réalisées, la place du dépistage organisé.est de 51,3% en 2009, et de 57% en 2010, ce qui n'est pas significativement différent.

Chez les patientes éligibles pour la mammographie pour une année donnée, le taux de mammographies réalisées en dépistage organisé entre le 1er janvier et le 30 octobre est similaire entre 2009 et 2010, autour de 25%.

Nous avons ensuite étudié la qualité du renseignement des dossiers des patientes.
Dans un premier temps nous avons étudié les dossiers des patientes à jour pour le dépistage.

Seuls les dossiers pour lesquels une information extérieure était disponible (i.e source ADECA) ont été retenus pour cette étude de qualité (partie gauche de la figure 5). Nous n'avons bien évidemment pas tenu compte des informations « mammographie à jour » obtenues uniquement à la lecture des dossiers.

Les proportions de chaque type de renseignement de dossiers sont mentionnées dans le tableau 6 :

- Dossier à jour : la date de la dernière mammographie est notée dans le dossier
- Dossier non à jour : il y a une information qui n'est pas actualisée (on ne retrouve pas la date de la dernière mammographie)
- Dossier non renseigné : il n'y a aucune trace d'évocation du sujet dans le dossier

Variable	Modalité	N	n (%)	p
Patientes dépistées : dossiers à jour	2009	76	38 (50,0)	0,0036
	2010	68	51 (75,0)	
Patientes dépistées : dossiers non à jour	2009	76	14 (18,4)	0,53
	2010	68	9 (13,2)	
Patientes dépistées : dossiers non renseignés	2009	76	24 (31,6)	0,036
	2010	68	8 (11,8)	

Tableau 6 : qualité du renseignement des dossiers des patientes dépistées par la mammographie (source du statut de dépistage : ADECA 75)[5]

La proportion de dossiers correctement renseignés chez les patientes dépistées a nettement augmenté entre 2009 et 2010 (p = 0,0036).

Cette augmentation est liée à l'utilisation des TBS , comme le montre le tableau 7.

	N	TBS	Historique	Examens complémentaire	Consultation
2009	38	-	26	9	3
2010	51	16	22	11	2

Tableau 7 : Localisation de l'information mammographie dans les dossiers à jour

[5] Les patientes considérées comme "dépistées" sont celles ayant une mammographie datant de moins de 30 mois, réalisée soit dans le cadre du dépistage organisé par ADECA, soit en dépistage individuel avec transmission du résultat à ADECA par la patiente

La progression s'est faite au dépens des dossiers initialement non renseignés qui sont passés de 31,6% à 11,8% (p=0,036). Il n'y a pas de différence pour le taux de dossiers non actualisés (p=0,53).

La figure 6 illustre ces mouvements.

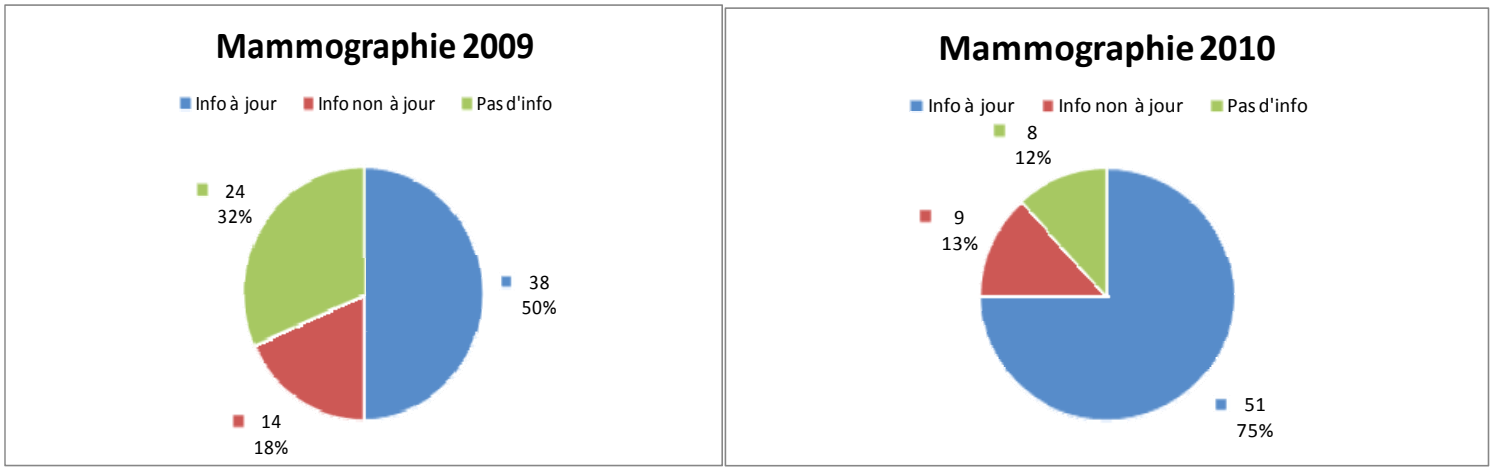


Figure 6 : Qualité du renseignement des dossiers chez les patientes dépistées par la mammographie (source du statut de dépistage : ADECA 75)

Dans un deuxième temps nous avons regardé le renseignement des dossiers des patientes non dépistées – reprenant alors comme définition de patiente non dépistée toute patiente pour laquelle aucune date de mammographie à jour n'est connue, que ce soit via la base de données d'ADECA ou via les dossiers.

Variable	Modalité	N	n (%)	p
Dossier avec intention chez les patientes non dépistées	2009	54	36 (66,7)	0,97
	2010	64	39 (60,9)	

Tableau 8 : Dossiers avec intention chez les patientes non dépistées (source du statut de dépistage : ADECA 75 +dossiers)

Il n'y a pas d'augmentation du nombre de dossiers mentionnant l'évocation du sujet « mammographie » chez les patientes non dépistées.

3.4 Frottis cervico-vaginal

Les patientes concernées par le dépistage sont les patientes de moins de 65 ans. Dans notre échantillon de 2009, sur 143 femmes de moins de 65 ans, 15 sont connues comme n'étant pas éligibles. La population étudiée compte donc 128 femmes. En 2010, sur 152 femmes, 9 ne sont pas éligibles.

Variable	Modalité	N	n(%)	p
FCV noté et à jour	2009 2010	128 143	46 (35,9) 62 (43,4)	0,26
FCV non à jour : intention dans le dossier	2009 2010	82 81	50 (61,0) 51 (63,0)	0,92

Tableau 9 : Informations relatives au FCV retrouvées dans les dossiers

Il n'y a pas de différence entre 2009 et 2010 pour le taux de dossiers ayant une date de FCV à jour, ni pour le taux de dossiers n'ayant pas de FCV à jour mais ayant par ailleurs une information relative au FCV.

3.5 Antécédents familiaux de cancer, consommation d'alcool et tabac et catégorie socio-professionnelle

Variable	Modalité	N	n(%)	P
ATCD familiaux* notés et à jour**	2009 2010	400 400	137 (33,8) 179 (44,7)	0,003
Alcool noté et à jour***	2009 2010	400 400	60 (15,0) 141 (35,3)	< 0,0001
Tabac noté et à jour***	2009 2010	400 400	184 (46,0) 243 (60,8)	< 0,0001

* de cancer du colon et/ou du sein
** datant de moins de 5 ans
*** information notée au moins une fois pour les non consommateurs, information datant de moins de 2 ans pour les consommateurs

Tableau 10 : Renseignement des dossiers pour la consommation en alcool et tabac, les antécédents familiaux de cancer

En ce qui concerne l'alcool, le nombre de dossiers renseignés pour cet item a plus que doublé entre 2009 et 2010.

La répartition des patients en fonction de leur consommation d'alcool est la suivante :

	N	Pas de consommation n (%)	Consommation occasionnelle n (%)	Consommation à risque n (%)	Consommation non quantifiée n (%)
2009	400	19 (4,7)	27(6,7)	11(2,7)	3 (0,7)
2010	400	54 (13,5)	63(15,7)	18(4,5)	6 (1,5)

Tableau 11 : type de consommation en alcool renseignée dans les dossiers

On observe une augmentation du nombre de dossiers renseignés principalement chez les patients non consommateurs.

En ce qui concerne la consommation tabagique des patients, les dossiers sont beaucoup mieux renseignés en 2010 qu'en 2009 ($p < 0,0001$). Le tableau 12 montre que cette augmentation est homogène dans chacune des catégories de consommateur.

	N	Pas de consommation	1 à 19 cigarettes par jour	Plus de 20 cigarettes par jour	Consommation non quantifiée
2009	400	125 (31,25)	25 (6,25)	23 (5,75)	11 (2,75)
2010	400	167 (41,75)	42 (10,5)	28 (7,0)	6 (1,5)

Tableau 12 : type de consommation tabagique renseignée dans les dossiers

Les dossiers sont mieux renseignés en 2010 qu'en 2009 pour les antécédents familiaux de cancer du colon et/ou du sein ($p=0,003$).

Ayant besoin de l'information « CSP des patients » pour la suite de notre étude, nous avons pu mesurer le taux de dossiers renseignés à ce sujet. Le tableau 13 montre que le nombre de dossiers mentionnant cette information a augmenté entre 2009 et 2010.

Variable	Modalité	N	n(%)	P
CSP notée	2009	400	198 (53,2)	0,0017
	2010	400	243 (60,8)	

Tableau 13 : renseignement des dossiers pour la CSP des patients

3.6 Evolution 2009-2010 selon les caractéristiques des patients

En plus des résultats précédemment présentés, les indicateurs ont été calculés selon la CSP des patients, leur classe d'âge et leur sexe (résultats détaillés en annexe 3).
De plus, les résultats de chaque médecin sont mis en annexe 4.

3.6.1 Evolution selon la catégorie socio-professionnelle des patients

Le tableau 14 résume les résultats obtenus pour les deux sous-catégories de CSP. On y retrouve les données suivantes :

- Evolution entre 2009 et 2010 pour chacune des deux sous-catégories.
- Existence ou non d'une différence de prise en charge (« gradient ») entre ces deux sous-catégories en 2009
- Existence ou non d'une différence de prise en charge (« gradient ») entre ces deux sous-catégories en 2010

		Evolution globale	CSP			
			Gradient 2009	Evolution CSP hautes(1)	Evolution CSP basses(2)	Gradient 2010
CCR	Tx de patients dépistés	→		→	→	
	Dossiers à jour (patients dépistés)	↗		↗	→	En faveur CSP hautes
	Sujet évoqué (patients non dépistés)	→		↗	→	En faveur CSP hautes
Mammo	Tx de patientes dépistées	→		→	→	
	Dossiers renseignés (patientes dépistées)	↗		↗	→	
	Sujet évoqué (patientes non dépistées)	→		→	→	
FCV	Tx de patientes dépistées	→		→	→	
OH	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	↗	
Tabac	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	↗	
ATCD familiaux	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	→	En faveur CSP hautes

(1) Cadres et professions intellectuelles supérieures
(2) Employés et ouvriers

Tableau 14 : Evolution des indicateurs de l'étude en fonction de la CSP des patients

L'amélioration constatée concernant la tenue des dossiers n'est pas homogène. Excepté pour la consommation en alcool ou en tabac, où l'amélioration est présente quelle que soit la CSP des patients, les améliorations ne concernent en fait que les CSP hautes. Dans le cas de

l'hémoccult et des antécédents familiaux de cancer, il y a même apparition d'un gradient en 2010.

3.6.2 Evolution selon l'âge des patients

		Evolution globale	Classe d'âge			
			Gradient 2009	Evolution + âgés (1)	Evolution + jeunes (2)	Gradient 2010
CCR	Tx de patients dépistés	→		→	→	
	Dossiers renseignés (patients dépistés)	↗		↗	→	En faveur + âgées
	Sujet évoqué (patients non dépistés)	→		→	→	
Mammo	Tx de patientes dépistées	→	En faveur + âgées	↘	→	
	Dossiers renseignés (patientes dépistées)	↗		↗	→	En faveur + âgées
	Sujet évoqué (patientes non dépistées)	→		→	→	
FCV	Tx de patientes dépistées	→		→	→	
OH	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	↗	
Tabac	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	↗	
ATCD familiaux	Tx de dossiers renseignés	↗		↗	↗	

(1) 52-58 ans pour le FCV, 52-62 ans pour les autres
(2) 59-65 ans pour le FCV, 63-74 ans pour les autres

Tableau 15 : Evolution des indicateurs de l'étude en fonction de l'âge des patients

Parmi les patients dépistés pour l'hémoccult ou la mammographie, ce sont les dossiers des plus âgés qui ont été mieux renseignés en 2010, avec création d'une différence avec les plus jeunes en 2010.

Concernant le taux de patientes dépistées pour la mammographie, le gradient en faveur des plus âgées existant en 2009 a disparu en 2010 suite à une diminution du taux de patientes dépistées dans cette sous-catégorie.

3.6.3 Evolution selon le sexe des patients

		Evolution globale	Sexe			
			Gradient 2009	Evolution Hommes	Evolution Femmes	Gradient 2010
CCR	Tx de patients dépistés	→	En faveur femmes	→	→	
	Dossiers renseignés (patients dépistés)	↗		→	→	
	Sujet évoqué (patients non dépistés)	→		→	→	
OH	Tx de dossiers renseignés	↗	En faveur hommes	↗	↗	
Tabac	Tx de dossiers renseignés	↗	En faveur hommes	↗	↗	En faveur hommes
ATCD familiaux	Tx de dossiers renseignés	↗		→	↗	En faveur femmes

Tableau 16 : Evolution des indicateurs en fonction du sexe des patients

Les hommes et les femmes ont vu une amélioration significative du remplissage de leurs dossiers, avec disparition en 2010 de la différence en faveur des hommes pour l'alcool, mais pas pour le tabac. Il y a eu homogénéisation du dépistage par l'hémoccult, qui était plus souvent réalisé chez les femmes en 2009.

En ce qui concerne les antécédents familiaux de cancer, l'amélioration ne concerne que les femmes, avec apparition d'une différence entre les deux sexes en 2010.

3.7 Taux d'utilisation des TBS

Variable	Année	Patients ayant une info notée dans le dossier	Localisation info dans le dossier			
			TBS	Historique	Examens Ct	Consultation
Hémocult	2009	136		60 (36,8)	64 (47,1)	22 (16,2)
	2010	125	36 (28,8)	31 (24,8)	52 (41,6)	6 (4,8)
Mammo	2009	130		102 (78,5)	22 (16,9)	6 (4,6)
	2010	129	39 (30,2)	65 (50,4)	21 (16,3)	4 (3,1)
FCV	2009	102		91 (89 ,2)	7 (6,9)	4 (3,9)
	2010	93	33 (35,5)	49 (52,7)	3 (3,2)	8 (8,6)
Conso OH	2009	89		68 (76,4)	3 (3,3)	18 (20,2)
	2010	164	78 (47,6)	70 (42,7)	0 (0,0)	16 (9,8)
Conso Tabac	2009	215		187 (87,0)	5 (2,4)	23 (10,7)
	2010	269	81 (30,1)	172 (63,9)	0 (0,0)	16 (69,9)

Tableau 17 : Localisation des informations dans les dossiers

Le tableau 17 résume la localisation des informations[6] relevées dans les dossiers pour chacun des items présents dans les TBS. On observe qu'il n'y a pas d'homogénéité sur la manière de tenir les dossiers. La page historique est utilisée de manière préférentielle mais non exclusive pour la plupart des items, à l'exception de l'hémoccult que l'on retrouve surtout dans les examens complémentaires. Le TBS a été utilisé au moins pour un item dans 93 dossiers sur les 400 patients de l'année 2010. Il n'y a pas de différence d'utilisation en fonction des sous-groupes de patients, que l'on considère les caractéristiques socio-démographiques des patients ou les caractéristiques de leur suivi médical (cf Annexe 3 tableau 11).

La figure 7 montre que l'utilisation du TBS est très hétérogène en fonction des médecins du cabinet, qui varie de 0% à 42% des dossiers pour un médecin donné (résultats détaillés dans le tableau 5 de l'annexe 4).

[6] Ces informations sont tout ce qui a pu être relevé dans les dossiers concernant chaque item : par exemple pour l'hémoccult il s'agit bien évidemment de la localisation de la date du dernier hémoccult, mais aussi de l'information « patient non éligible »

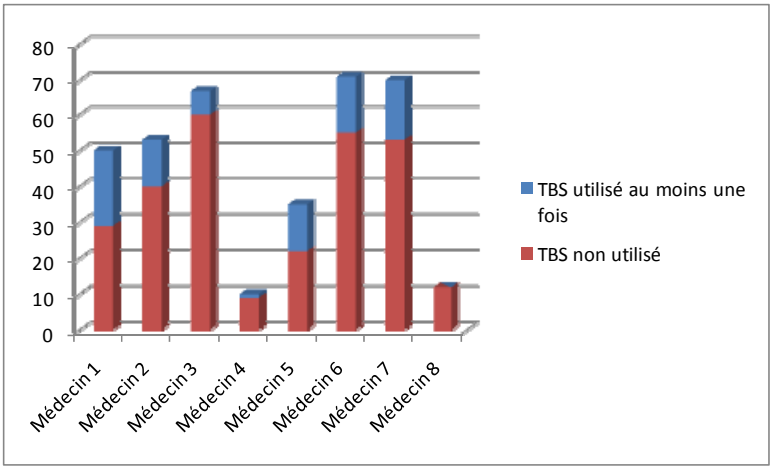


Figure 7 : Répartition des dossiers utilisant ou non les TBS lors de la phase « Après » selon les différents médecins

3.8 Retour des médecins

Un questionnaire a été remis aux médecins du cabinet à la fin de l'étude, afin d'avoir leur retour sur l'utilisation des TBS (cf annexe 5). Sur les huit médecins, sept ont répondu.
Sur les sept médecins, un n'a jamais utilisé le TBS.

Les 6 médecins ayant utilisé le TBS disent l'ouvrir dans les occasions suivantes :

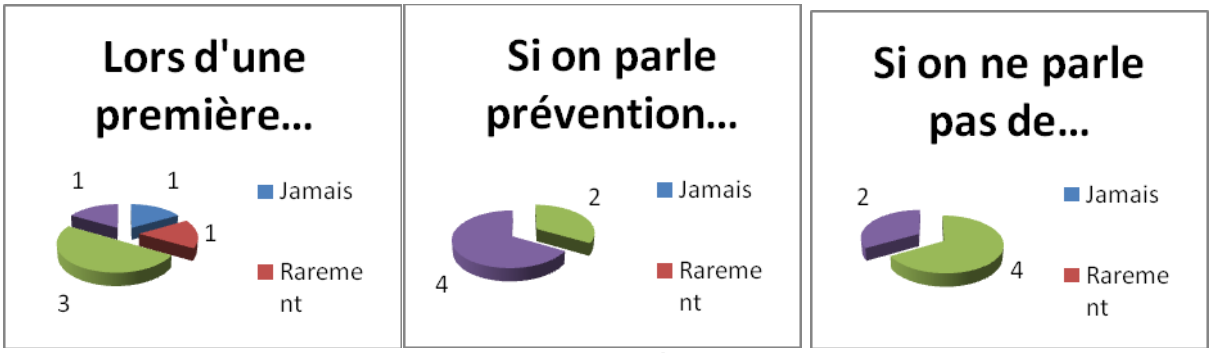


Figure 8 : occasions au cours des desquelles les médecins disent ouvrir les TBS

Tous les items inscrits dans les TBS ont été utilisés. L'hémoccult, la mammographie et le FCV conviennent dans leur mise en forme. Ce n'est pas le cas de la CSP (sauf pour un médecin). Pour l'alcool et les antécédents familiaux, la présentation actuelle ne convient qu'à deux des médecins, le tabac ne convient qu'à la moitié des médecins. Les autres médecins souhaiteraient plus de détails structurés.
Deux médecins souhaiteraient rajouter des items relatifs aux vaccinations, deux autres aux pathologies cardiovasculaires. Un médecin préfèrerait réduire la liste des items aux 3 examens

de dépistage des cancers. Le dernier médecin aimerait pouvoir personnaliser les tableaux de ses patients en ajoutant si besoin des items tels que le suivi coloscopique.
Les informations obtenues en cliquant sur les items ne sont lues que par un médecin, qui y cherche les coordonnées de l'organisme de dépistage et les rappels de non éligibilité des patients.
S'ils ouvrent le TBS, tous les médecins en profitent pour aborder des sujets qui ne l'auraient pas été spontanément

Par rapport au temps consacré au remplissage du TBS, 4 médecins considèrent que c'est long au début mais avec le temps cela devient acceptable, 2 pensent que c'est chronophage dans la forme actuelle (trop de clics, pas assez de lien évident avec les ATCD).
Le remplissage est intuitif pour l'un des médecins. Il est considéré comme « pas si simple mais rapidement on prend ses marques » par 4 des médecins.

Depuis l'introduction des TBS, 3 médecins sur 6 disent ne pas voir de changement dans leur pratique, les 3 autres disent penser davantage « prévention ».
Pour la suite, 5 médecins sont favorables à l'utilisation des TBS, dont 3 très favorables. Les deux autres ne se sont pas prononcés.

Lors d'une réunion des médecins du cabinet, nous avons pu échanger sur les avantages, les inconvénients, les améliorations souhaitées des TBS.

- **Les avantages retrouvés ont été :** avoir tous les examens de dépistage sous les yeux (« en un clic, je sais pour la prochaine fois ») ; pouvoir mesurer des indicateurs ; pouvoir accéder à l'antériorité, les données s'empilant les une sur les autres
- **Les difficultés ont été les suivantes :** codage des CSP, modification des habitudes (finalement cela demande de faire autant de « clics » d'aller dans le TBS pour renseigner la mammographie que d'aller dans le suivi gynécologique inscrit dans l'historique) ; lenteur d'un des ordinateurs – très ancien - pour charger l'écran TBS.

4 DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

Nos résultats principaux sont les suivants :

- Nous n'observons pas d'amélioration du taux des dépistages en 2010 versus 2009.
- Les dossiers sont mieux renseignés pour les patients dépistés pour le cancer du colon et du sein. Pour l'hémoccult, cette amélioration est dûe à 'une diminution des dossiers non à jour – c'est-à-dire une augmentation de la fiabilité des informations relevées dans les dossiers à ce sujet ; alors que pour la mammographie elle s'est dûe à une diminution des dossiers sans information Les antécédents familiaux de cancer ainsi que les statuts vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac sont également mieux renseignés en 2010 qu'en 2009.
- L'amélioration de la tenue des dossiers bénéficie plutôt aux CSP élevées. En ce qui concerne l'hémoccult et la mammographie, l'intervention a amélioré la tenue du dossier uniquement chez la moitié la plus âgée de la population.
- Les médecins sont satisfaits de l'introduction des TBS mais ont mis longtemps avant de les utiliser.

4.2 Interprétation

4.2.1 Le médecin généraliste prend sa place au cœur du dépistage

4.2.1.1 Le dépistage du cancer du colon

Le taux de patients à jour pour l'hémoccult n'a pas changé suite à l'implémentation des TBS dans les dossiers des patients. Cependant les taux fournis par ADECA 75 au niveau de Paris en 2009 et 2010 sont respectivement de 22% et 15,2% (37). La stabilité du taux d'hémoccults du cabinet est à considérer au regard de la baisse globale.

Toutefois nous sommes encore loin des taux de dépistage conseillés pour être efficaces en terme de baisse de mortalité. J'ai trouvé dans la littérature plusieurs explications possibles. D'une part, dans le suivi du plan Cancer 09-13, l'Inca a réalisé un sondage auprès de 600 médecins généralistes dans toute la France entre le 15 et le 28 septembre 2010 (38) afin

d'analyser leur opinion et leur pratique des différents dépistages. En ce qui concerne l'hémoccult, 72% jugeaient ce dépistage efficace, les autres étant principalement sceptiques sur la sensibilité et la spécificité de ce test. Pourtant seulement 34% vérifiaient systématiquement sa réalisation en consultation. Une piste d'explication de ce décalage, avancée par 27% des médecins, était le temps nécessaire à sa proposition en consultation, avec toutes les informations qui l'accompagnent. Dans notre étude l'augmentation des dossiers bien renseignés s'est faite au dépens des dossiers mal renseignés chez des patients dépistés et non au dépens de dossiers non renseignés du tout, ce qui pourrait correspondre à la difficulté à aborder le sujet.

Des médecins maîtres de stage ont expliqué leurs réticences au dépistage (21) : pour certains le dépistage est avant tout de la responsabilité du patient et de l'organisme de dépistage (« que se passe-t-il si le patient ne demande pas le test et si le médecin ne le propose pas ? la responsabilité du médecin est-elle engagée ? L'obstacle ici est l'absence de définition claire et acceptée de la mission de santé publique du médecin traitant »). Tous étaient d'accord sur le fait que manipuler ses selles est un frein pour les patients. La question du temps nécessaire pour faire de la prévention, sans être pour autant davantage rémunéré a été soulevée également par ces médecins

Même si les taux de dépistage n'ont pas changé, les TBS ont permis une amélioration du renseignement des dossiers. Le dépistage par l'hémoccult passe obligatoirement par le médecin généraliste, qui remet les tests aux patients, encore faut-il que ceux-ci réalisent et envoient le test. Nous avons vu que les informations notées dans les dossiers des patients sont actualisées dans 97% des cas. L'introduction des TBS a aidé les médecins à aller au bout de la démarche de dépistage : ils ne se contentent pas de noter un « test remis », mais se soucient de vérifier à quelle date le test a été effectué.

4.2.1.2 Le suivi gynécologique

En analysant les résultats de l'étude francilienne chez les maîtres de stage (21) relatifs au renseignement des dossiers par rapport à la mammographie, H. Gras étudie la place du généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes (35). Dans ce domaine deux acteurs co-existent : le généraliste et le gynécologue. Or, si certains médecins se désintéressent de ce domaine, la plupart ne sont simplement pas sollicités par leurs patientes, qui ont davantage le réflexe de se tourner vers leur gynécologue, ignorant la plupart du temps que leur généraliste puisse avoir des compétences en ce domaine (36). Dans le dépistage du cancer du col, le rôle

du gynécologue est prédominant, puisque 96% des prescriptions de frottis sont réalisées par le gynécologue en Ile de France et 84% dans le Doubs (15). Or il a été montré que les médecins prescripteurs des examens de dépistage ont des dossiers mieux renseignés (35). Ceci pourrait expliquer la non exhaustivité du remplissage des dossiers dans le cabinet de généralistes. Néanmoins, comme l'écrit elle-même H. Gras, le but n'est pas de provoquer ou entretenir une guerre des prescriptions, mais de réfléchir à une meilleure communication et une coordination entre les différents acteurs afin d'assurer un suivi des patientes efficace et sans lacune. Le généraliste, même s'il ne prescrit pas les examens, doit être informé de leur réalisation, ainsi que des résultats, dans le cadre de sa fonction de coordinateur des soins. La transmission des résultats pourrait se faire directement par le gynécologue, l'organisme de dépistage ou le centre de radiologie, ce qui n'est pas encore systématiquement le cas. Il s'agit d'un axe de progression souligné par l'Inca qui, dans son état des lieux des dépistages de cancer du col utérin en France, insiste pour qu'il y ait une amélioration dans ce sens (15). Notre étude a montré que grâce à l'utilisation des TBS il y a moins de dossiers sans information sur la mammographie en 2010 et davantage de mammographies notées dans les dossiers. Les TBS, incitant le généraliste à poser systématiquement la question du suivi gynécologique avec précision, ont permis de pallier dans un premier temps aux défauts de communications. Ils permettent au généraliste de se remettre au cœur du processus de prise en charge de ses patientes sur le plan gynécologique, en s'en préoccupant.

Mais qu'en est-il des patientes « oubliées », qui sont probablement celles qui ont le plus besoin qu'on leur parle de mammographie ? Les résultats de notre étude ont montré que les médecins n'avaient pas plus *consigné* dans les dossiers le fait d'en avoir parlé avec elles en 2010 qu'en 2009. Cependant ceci ne veut pas dire que le sujet n'a pas été davantage *abordé* en consultation. On peut alors se demander comment expliquer que les médecins ne notent pas le fait qu'ils parlent de dépistage avec leurs patientes non dépistées, alors qu'ils l'ont fait avec les dépistées ? Nous avions vu que l'augmentation du renseignement chez les dépistées était lié à une utilisation du TBS. Nous pouvons penser que le TBS dans sa forme actuelle n'est pas adapté pour noter les informations du type « on en parle ». Dans les TBS les médecins avaient la possibilité d'indiquer que le sujet avait été évoqué en consultation, quitte à préciser le sujet exact dans une case commentaire. Je n'ai pas insisté sur cette fonction lors de la présentation des TBS et c'est peut-être pourquoi elle n'a pas été utilisée. On peut aussi se demander si les médecins voyaient une utilité à mentionner une telle information. Finalement il était sans doute plus simple et rapide – et peut-être valorisant ? - de noter une date chez une patiente dépistée, plutôt que de noter « on en parle » chez une non-dépistée.

Cette information me semble pour autant très importante puisqu'elle permet de savoir où en est resté le sujet, à la consultation suivante, et de poser simplement la question « au fait, votre mammo ? ». Il est donc difficile de conclure à ce jour sur l'impact des TBS chez les patientes non dépistées, mais nous pouvons déjà intégrer l'importance de faciliter la saisie de tout type d'information liée au dépistage dans les dossiers.

4.2.1.3 La consommation alcoolo-tabagique

Pour la consommation d'alcool, notre étude a montré que les dossiers étaient nettement mieux renseignés. Une des principales causes de non-renseignement de cette donnée serait la crainte des médecins d'aborder le sujet (29). Un support qui incite à poser la question de manière systématique, dans la suite des autres questions sur la prévention de manière neutre permet probablement d'affronter cette question et d'oser la poser.

Cependant nous avons noté que l'amélioration la plus importante correspondait au renseignement des dossiers des patients non consommateurs ou consommateurs occasionnels. Les consommateurs à risque ont eu une amélioration moins importante.
Trois hypothèses pourraient expliquer ce décalage :

- Les médecins abordent plus facilement le sujet avec des patients non consommateurs
- Les patients ont du mal à avouer leur consommation
- Les patients consommateurs étaient déjà mieux dépistés, la marge de progression était donc plus faible dans cette catégorie.

Pour vérifier la troisième hypothèse, il nous aurait fallu connaitre la consommation réelle des patients, ce qui n'est pas le cas dans cette étude. Néanmoins, nous pouvons extrapoler les résultats obtenus lors l'étude francilienne menée chez les maîtres de stage (38). Parmi les 2599 patients d'Ile de France ayant participé à l'étude 27,8% se déclaraient comme étant consommateurs à risques. En utilisant ces informations comme des « taux de consommateurs attendus », nous avons calculé que nous aurions repéré 9% des consommateurs à risque en 2009 et 18% en 2010. Le taux de patient non à risque repérés serait passé de 18% à 46%.
Cet exercice d'extrapolation montre que nous sommes loin d'avoir dépisté l'intégralité des consommateurs à risque. Ecartant la troisième hypothèse, il reste donc les deux premières, et l'on peut s'interroger sur la difficulté à dépister les patients consommateurs à risque malgré

une systématisation prouvée par le TBS ? ou sur la difficulté à mesurer la consommation réelle des patients ?

Concernant la consommation tabagique des patients, les données de l'étude prévention donnaient la répartition suivante (39) : 72,4% de non consommateurs et 27,6% de consommateurs sans précision. En réalisant le même exercice d'extrapolation, nous pouvons dire que le renseignement des dossiers des consommateurs est passé de 43% en 2009 à 63% en 2010. Pour les non consommateurs ce taux est passé de 43% à 58%. La progression a été cette fois plus importante chez les consommateurs.

Pour les antécédents familiaux de cancer, l'augmentation du nombre de dossiers renseignés ne peut être que bénéfique en terme de santé publique. Cette question posée systématiquement doit permettre de repérer les sujets à haut risque et par conséquent de leur proposer une stratégie adaptée (essentiellement coloscopie en cas de haut risque de CCR).

4.2.2 Laisser le temps

4.2.2.1 Acquérir une culture du dépistage

Les TBS permettent au médecin motivé par le dépistage de suivre les recommandations et lui font gagner du temps en synthétisant l'ensemble des données du dossier pour un patient donné – permettant de plus aux médecins du cabinet de s'harmoniser sur une manière de consigner les informations (le tableau 17 a révélé la diversité des localisations des données relatives au dépistage dans les dossiers) et évitant également de « perdre » des informations (celles relevées dans la partie « consultations » semblent difficiles à retrouver rapidement et donc peu exploitables). Nous avons constaté que cette aide ne suffit pas à être exhaustifs et avons souligné d'autres « embûches » sur le chemin du dépistage : adhésions au principe du dépistage, motivation des médecins, sentiment de ne pas être concerné par certains dépistages tel que le FCV, difficultés pratiques d'organisation pour l'hémoccult, pudeur à poser certaines questions pour l'alcool notamment.

Mais ce n'est pas tout : dans son étude (40), l'Inca est interpelée par cette discordance entre les convictions des médecins et la pratique déclarée, et elle insiste beaucoup sur le fait que l'incitation au dépistage par un médecin est un problème d'*inscription de la prévention secondaire dans la pratique du médecin généraliste*, qui se fait de manière globale. Rares sont

les médecins qui sont uniquement en faveur de tel ou tel dépistage. Globalement les médecins en faveur du dépistage font réaliser à leurs patients tous les examens de dépistage existants. Ceux qui ne le sont pas n'en font aucun. Nous pouvons donc penser qu'un climat de dépistage encourage au dépistage. Les TBS semblent pouvoir créer ce climat, c'est du moins ce qu'en disaient les médecins du cabinet à la fin de l'étude – quant bien même ils n'utilisaient pas le TBS. Nous avons vu que les médecins notent plus d'information sur les patient dépistés, mais n'avons pas pu démontrer qu'ils abordaient davantage le sujet du dépistage avec les non dépistés. Quoiqu'il en soit, on peut penser qu'avec le temps, cet intérêt pour le dépistage s'amplifiera et permettra aussi de toucher les « oubliés », permettant ainsi à des patients non dépistés de se faire dépister à leur tour.

Si l'on reprend le cas de l'hémoccult, les experts consultés par l'InCA analysent l'évolution de la pratique de ce dépistage depuis 2005, et constatent une croissance de l'inscription de ce dépistage dans la pratique des médecins (18% en 2005, 30% en 2008, 34% en 2010). Ceci peut nous encourager malgré la lenteur des progressions. L'acquisition d'une « culture du dépistage » prend du temps.

4.2.2.2 Se familiariser avec l'outil

Au cours de cette étude nous avons également constaté la nécessité de temps pour modifier les habitudes. Les médecins du cabinet reconnaissent avoir mis du temps avant de commencer à utiliser les TBS – le taux d'utilisation des TBS de 23,2% des dossiers en étant témoin. Nous avons trouvé plusieurs explications à l'inertie des médecins : problèmes ergonomiques du TBS, manque de temps en consultation pour se familiariser avec le remplissage de tableaux, chronophage au début, difficultés à modifier des habitudes de renseignements de dossiers. Cette difficulté des médecins à se familiariser avec un nouvel outil informatique, performant dans la théorie, et qui pour autant à du mal à « percer » a souvent été décrite. En 2000, alors que l'informatisation des dossiers commençait à se répandre, une étude a été menée pour évaluer la manière dont les médecins utilisaient l'informatique (41). Sept groupes de médecins avaient été décrits, des novices (2%) aux experts (26%), en passant par les utilisateurs réservés (8%), les apprentis premier niveau (12%), les apprentis deuxième niveau (9%), les opérationnels (30%) et les experts spécifiques (11%). Le niveau d'expertise des médecins était généralement corrélable à leur durée d'utilisation des logiciels, les « experts » les utilisant depuis plus d'un an, les « opérationnels » depuis plus de 6 mois, les « apprentis » depuis plus d'un mois. L'utilisation des TBS correspondrait aux critères présentés pour être considéré comme « expert ». Quand on voit qu'une utilisation optimale d'un logiciel utilisé

quotidiennement nécessite une bonne année, on peut imaginer le temps qu'il faut lorsque l'outil informatique en question n'est pas indispensable au fonctionnement d'une consultation. Avec le temps les médecins apprennent à intégrer l'outil dans leur pratique, puis à utiliser des fonctions de plus en plus complexes.

On voit donc que les modifications de stratégie de dépistage résultent d'un processus long, avec une grande inertie. Celle-ci existe chez les médecins et aussi sans doute chez les patients. Il faut donc également ajouter le temps nécessaire aux patients pour se mettre à leur tour à réaliser les examens de dépistage. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par les autres études, à savoir qu'aucun effet des système informatiques d'aide à la décision (SIAD) sur la santé des patient n'a été démontré (31)(32)(33). Les résultats vont-ils continuer à s'améliorer avec le temps ? Il est trop tôt pour le savoir, un délai plus long permettrait une plus grande implantation effective des TBS dans les dossiers et donc une mesure plus pertinente de leur impact sur les taux de dépistages effectués.

4.2.3 Un même dépistage pour tous ?

Depuis de nombreuses années les études se multiplient pour montrer que le comportement des médecins n'est pas le même selon les patients qu'il a en face de lui (21).

Des inégalités sociales de prise en charge dans le dépistage des cancers sont démontrées, en particulier en ce qui concerne le FCV (42). Dans la littérature ces inégalités ne sont pas décrites pour le remplissage des dossiers. Dans notre étude il n'y avait initialement pas de différence de prise en charge entre les catégories de patients. Or l'intervention est susceptible de créer des différences entre les groupes, qui n'existaient pas initialement. En particulier nous avons noté pour l'hémoccult que l'amélioration du renseignement des dossiers ne se faisait que chez les CSP hautes, que les patients soient dépistés ou non. Pourquoi les médecins prennent-ils le temps d'aborder ce sujet avec ces patients et non avec les patients ayant une CSP basse ? Est-ce un a priori sur le temps d'explications à fournir ? Est-ce que les CSP basses ont des problèmes de santé qui prennent plus de temps, laissant moins de temps au dépistage ?

Il faudrait un échantillon plus important pour préciser cette tendance, mais il reste très important de surveiller cet aspect. Dans les études visant l'amélioration de la qualité, il

faudrait mesurer les indicateurs en fonction des variables sociales pour s'assurer qu'on ne crée pas d'inégalité entre les catégories de patients (sociales ou démographiques) (43).
Pour les inégalités liées au sexe, les résultats publiés par l'InVS par rapport au taux de dépistage des années 2009-2010 montre que l'hémoccult est davantage réalisé chez les femmes : 20,1% versus 17,6% (44), ce que nous retrouvons dans notre étude. Dans le domaine de l'alcool et du tabac, la question est maintenant davantage posée aux femmes, ce qui n'était pas le cas auparavant.

4.3 Forces et faiblesses de l'étude

Une des principales forces de cette étude est d'avoir pu obtenir des informations via la base de données d'ADECA quant au statut à jour ou non des patients pour le dépistage de CCR et du cancer du sein en DO. Il s'agit d'une mesure externe, objective et exhaustive, permettant d'autre part une extraction facilement reproductible pour une éventuelle nouvelle mesure.
Par ailleurs, les données des dossiers ont été recherchées manuellement, en explorant intégralement l'ensemble des pages composant chaque dossier. Enfin, les échantillons de 400 patients en 2009 et 2010 ont été obtenus par tirage au sort.

La principale limite de cette étude est de ne pas avoir sollicité les patients pour connaitre leur statut réel par rapport aux différents items considérés. Ainsi nous n'avons pas connaissance de toutes les mammographies faites en DI, ni du taux réel de FCV réalisés. Il faut considérer nos résultats comme des taux minimum.. De même le nombre de patients éligibles ou non pour un examen est à voir comme un maximum, les patients dont la non éligibilité n'était pas mentionnée dans les dossiers étant inclus par défaut. Sur le plan de la consommation alcoolo-tabagique, il aurait été intéressant de voir le taux de patients consommateurs dépistés. L'étude nous a permis de juger sur l'existence des informations et non sur leur validité.

Par ailleurs, nous avons essayé de préciser les résultats au vue de variables explicatives telles que le sexe des patients, leur ancienneté, etc…. mais la petite taille des échantillons ne nous a pas permis de faire des analyses multivariées. Quelques différences de prise en charge entre certaines sous-catégories de patients sont apparues. Elles pourraient permettre de faire des hypothèses pour d'autres études avec des échantillons plus grands.

Parmi les médecins du cabinet, quatre avaient participé à l'étude des maîtres de stage franciliens. L'effet de cette étude a pu s'ajouter à l'effet des TBS pour motiver les médecins à améliorer la traçabilité des actes de dépistage..

4.4 Perspectives

4.4.1 Une amélioration des TBS

Il faut du temps pour que les médecins s'habituent à l'outil, mais on pourrait dire que ce façonnement est mutuel et qu'il faut également du temps pour que l'outil s'adapte et corresponde aux besoins des médecins. Grâce aux retours des différents médecins du cabinet sur leur utilisation des TBS, plusieurs pistes d'amélioration ont été avancées :

- Les TBS prévention ont pour l'instant une trame identique quel que soit le patient. Des alertes signifiant que le patient est en retard s'affichent donc pour les items gynécologiques chez les hommes ! De plus, notre TBS n'était proposé qu'aux patients âgés de 50 à 75 ans. Or les items sur le FCV, la consommation alcoolo-tabagique et les antécédents familiaux de cancer concernent les patients à partir de 25 ans. Il faudrait mettre au point des TBS « intelligents », à partir de 25 ans, évolutif en fonction de l'âge et du profil clinique du patient.
- Dans le cabinet médical, les secrétaires scannent les résultats des examens reçus, en particulier les mammographies et les hémocculs, après validation par les médecins généralistes. Cela ferait gagner du temps si elles pouvaient renseigner directement les TBS en plus.
- Nous nous sommes interrogés sur le moment optimal pour envisager une ouverture automatique du TBS. En début de consultation ? En fin de consultation ? Ne le faire s'ouvrir que s'il y a des alertes actives ? La discussion n'a pas permis de trancher, la conclusion étant que le caractère dérangeant des alertes est inévitable. Le mieux serait peut-être que chaque médecin acquière l'habitude de l'ouvrir pour y jeter un coup d'œil au moment qui lui parait le plus opportun. On pourrait imaginer que le bouton affichant le TBS change de couleur selon que des procédures du TBS font l'objet d'une alarme ou non.

4.4.2 Vers d'autres TBS

Le principe du TBS peut ensuite être décliné pour de nombreux thèmes. Il l'a déjà été pour le suivi de pathologies chroniques telles que le diabète et l'HTA (34). Le Collège de la Médecine Générale mène depuis janvier 2011 un projet soutenu par la HAS. Il consiste à élaborer des « modèles de suivi structurés » construits à partir de recommandations disponibles pour le suivi préventif et le suivi des pathologies chroniques. Chacun de ces modèles pourra être implémenté dans les logiciels de dossier médical, par exemple sous forme de TBS.

4.4.3 Avantages d'une base de données structurées

Les TBS, par leur fonction de grille de saisie, permettent au médecin de saisir dans les dossiers des données structurées de manière relativement naturelle. Ces données enrichissent progressivement la base de données structurées du logiciel. En général les données structurées concernent :

- l'âge et le sexe
- les prescriptions, quand les médecins prescrivent en utilisant une base de données médicamenteuses
- les problèmes de santé des patients lorsque le médecin les code, ce qui est encore très peu fréquent

L'apport des TBS est la saisie codée des procédures de suivi et des résultats de ces procédures.

Avoir une base de données structurée élargie présente de nombreux avantages :

- Permettre de faire des liens et recoupement entre les différents TBS de manière automatique.
- Permettre de tracer l'évolution d'une variable (poids, HbA1c, date de mammographie, …)
- Fournir des indicateurs de suivi aux médecins. Ceux-ci peuvent ainsi disposer de statistiques sur la prise en charge de leurs patients, et voir les domaines où ils doivent progresser. Ceci peut être d'autant plus motivant que la réflexion sur un paiement à la performance bat son plein en France, suite à son succès au Royaume-Uni. Une convention a été signée en France en juillet 2011 stipulant

que dès 2012 les médecins auront à mesurer des indicateurs. Un support tel qu'un TBS semble indispensable pour un calcul rapide et précis.

- Enfin, une autre réflexion est en cours en ce moment, sur le Dossier Médical Personnel (DMP). On inaugure l'intérêt d'exporter vers le DMP le contenu des TBS en terme de coordination entre professionnels et de réduction des procédures redondantes.

5 CONCLUSION

Les tableaux de bord de suivi sont à la fois un moyen d'aider les médecins à appliquer les recommandations face au patient tout en étant un moyen de fabriquer un noyau dur de données structurées dans le dossier des patients.

Pour moi cette étude a été très riche en enseignements. L'inertie des médecins nous a fait réaliser à quel point les conditions d'implémentation d'un système informatique dans un cabinet sont déterminantes. Un travail de conviction est nécessaire pour mobiliser les médecins et maintenir cette démarche dans le temps.

Après 9 mois d'utilisation des TBS, nous avons noté une nette amélioration du renseignement des dossiers, témoignant d'une plus grande implication des médecins généralistes dans les problématiques de dépistage de cancer. L'utilisation des TBS a été longue à s'inscrire dans la pratique des médecins, et il faudrait renouveler cette étude dans quelques années pour mesurer le réel impact de ces TBS sur les taux de dépistage des patients.

Toutefois ce type d'approche ne peut que se développer dans le futur, comme le montre le projet du Collège de la Médecine Générale, qui demande la mise en place de TBS dans d'autres domaines de suivi des patients. Ces TBS seront dans des formats interopérables, et pourront être implémentés avec des ergonomies adaptées aux attentes des utilisateurs des différents logiciels.

6 Annexes

6.1 Annexe 1 : Informations retrouvées dans le TBS

- **CSP** :

Infos : Si doute sur la catégorie socio-professionnelle : écrire "en clair" dans la case "commentaires"
Si pas d'activité professionnelle actuelle, noter la dernière profession exercée
Si aucune activité professionnelle : noter celle du conjoint éventuel
Fréquence CSP : 36 mois

- **atcd fam cancer** :

Définition : Antécédent familial de cancer du sein, de cancer de l'ovaire, de cancer / polype du côlon ou du rectum?
Info : Cancer du sein ou du colon
Fréquence: 36 mois

- **FCV** :

Définition : Frottis de dépistage du col utérin, quelque soit la technique. Il ne s'agit pas d'examens de suivi après diagnostic d'une anomalie cytologique du col.
Info(indication): INCA 2009 : tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis annuels normaux (sauf chez les femmes hysterectomisés ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels)
Fréquence : 36 mois

- **Mammographie** :

Définition : Mammographie de dépistage (dépistage individuel ou dépistage de masse). Il ne s'agit pas des mammographies de suivi en cas d'anomalie.
Info:
INCA 2009 : femme âgée de 50 à 74 ans asymptômatique et ne présentant pas de risque particulier (antécédent familial ou anomalie sur ancienne mammo) : tous les 2 ans

Pas de convocation :
- Aller sur le site www.neonetidf.org pour savoir si la patiente est eligible. Si oui, imprimer une prise en charge ou une ordonnance.
- Contacter ADECA au 0 800 10 50 32 pour demander qu'une convocation soit adressée à la patiente

Quels sont les centres de radio faisant partie du dépistage organisé? aller sur www.adeca75.org
La patiente doit préciser qu'il s'agit d'un DO en prenant RDV
Fréquence: 24 mois
Commentaire: Dépistage organisé / Dépistage individuel

- **Hémoccult** :

Définition : Examen de dépistage dans le cadre du dépistage de masse, ou du dépistage individuel (par ex : centre de santé).
Info :
INCA 2009 : Indications : hommes et femmes de 50 à 74 ans sans risque élevé ou très élevé, hémoccult tous les 2 ans.
Si risque élevé : coloscopie
Si risque très élevé : chromocoloscopie

Le patient a oublié ses étiquettes chez lui ? Remettre le test et le papier d'identification avec notre étiquette, en indiquant au patient où coller les siennes

Le patient n'a pas d'étiquette ? Contacter ADECA 75 pour vérifier l'éligibilité du patient et demander qu'on lui envoie des étiquettes. www.neonetidf.org ou 0 800 10 50 32.
Remettre au patient le test et le papier d'identification avec notre étiquette.

Risque élevé =

ATCD personnel de cancer colorectal ou d'adenome
ATCD fam de cancer colorectal ou d'adénome (1 parent 1er degré < 65 ans ou 2 parents 1er degré qq soit l'âge)
ATCD maladie inflammatoire chroniqe (RCH, Maladie de Crohn)

Risque très élevé =
Polypose adénomateuse familiale
Cancer Héréditaire Colorectal Non Polyposique (HNPCC ou Sd de Lynch)

Fréquence : 24 mois

Commentaire :
Etiquettes du patient en cours d'envoi par ADECA

NON ELIGIBILITE TEMPORAIRE :
- Coloscopie < 5 ans (préciser date)
- Symptomes digestifs récents

NON ELIGIBILITE DEFINITIVE
ATCD personnel de cancer colorectal ou d'adenome
ATCD fam de cancer colorectal ou d'adénome (1 parent 1er degré < 65 ans ou 2 parents 1er degré qq soit l'âge)
ATCD maladie inflammatoire chroniqe (RCH, Maladie de Crohn)
Polypose adénomateuse familiale
Cancer Héréditaire Colorectal Non Polyposique (HNPCC ou Sd de Lynch)

- **Conso OH** :

Définition : Consommation déclarée d'alcool en verres par semaine
Info:
Consommation déclarée d'alcool en verres par semaine
1 verre = 10g d'alcool = 1 "dose bistro" de vin, de bière, d'apéritif, de digestif
= 2,5 cl whisky 45°
2,5 cl pastis 45°
2,5 cl digestif 45°
7 cl apéritif 18°
10 cl vin 12°
Fréquence: 24 mois

- **Conso tabac** :

Définition : Consommatio quotidienne exprimée en cigarettes par jour (1 cigare = 2 cigarettes ; 1 pipe = 5 cigarettes; 1 paquet = 20 cigarettes)
NB: 1 cigarette = 1g de tabac
Info:
Consommation quotidienne exprimée en cigarettes par jour (1 cigare = 2 cigarettes ; 1 pipe = 5 cigarettes; 1 paquet = 20 cigarettes)
NB: 1 cigarette = 1g de tabac
Fréquence: 24 mois

6.2 Annexe 2: Petit mémo du TBS

- Pour l'ouvrir : cliquer sur le symbole bleu TBS, présent sur la page consulationt et la page historique

Noter une information

- Se mettre en mode saisie de résultat (fenêtre verte)
- Pour chaque item abordé : cliquer dans le case « noté le » pour faire afficher la date du jour
    - CSP
        - Cliquer sur > pour afficher la liste des catégories INSEE et cliquer sur celle qui correspond
        - Cliquer dans la case C pour écrire en clair le libellé de la profession
    - OH :
        - Noter dans la case « valeur » le nombre de verres par semaine
        - Un commentaire peut être ajouté en cliquant dans la case C
    - Tabac :
        - Noter dans la case « valeur » le nombre de cigarettes par jour
        - Un commentaire peut être ajouté en cliquant dans la case C
    - FCV, Mammo et Hémoccult :
        - Si le sujet est juste abordé/prescrit : rien de plus que cliquer dans « noté le ». Un P s'affichera dans la dernière colonne à la prochaine ouverture du dossier, en mode « visualisation des résultats ».
        - Si le patient n'est pas éligible ou refuse l'examen
            - Cliquer sur > et sélectionner l'item correspondant
            - Un commentaire peut être ajouté en cliquant sur la case C
        - Si résultat d'examen :
            - Noter la date de réalisation, dans la case « survenu le »
            - Cliquer sur > puis sélectionner dans le menu déroulant le résultat correspondant
            - Un commentaire peut être ajouté en cliquant dans la case C

Chercher une information sur l'un des items du tableau

- Faire Ctrl + clique sur l'item concerné.
- Cjiquer sur « lire les informations »

Effacer complètement une information :

Pour comprendre : les données notées sont en fait inscrites au sein d'une consultation. Le TBS ne sert pas à stocker l'information mais à la visualiser. Pour effacer une information, il faut donc l'effacer au sein de la consultation.

- Se placer dans la consultation du jour
- Se mettre en mode multi-problème
- Sélectionner l'onglée « éléments de suivi »
- Sélectionner la ligne à effacer, l'effacer en cliquant sur - .

Lire le tableau :

- Signification des voyants lumineux :
  - Aucun : patient à jour pour cet item
  - Bleu : item non à jour dans 0 à 4 mois (date exacte notée dans « échéance »)
  - Rouge : item non à jour
- « P » dans la colonne de droite ? : le sujet a été abordé lors d'une consultation précédente, aucun examen n'a été enregistré depuis. L'examen est considéré comme « prescrit ». Pour savoir quand est-ce qu'il a été prescrit, se mettre en mode « écrire un résultat ».

6.3 Annexe 3: Calcul des différents indicateurs en fonction des caractéristiques socio-démographiques des patients

Tableau 1 : critère « mammographie à jour » en fonction de la CSP et de la classe d'âge des patientes éligibles

		Mammo à jour source ADECA + dossiers 2009			Mammo à jour source ADECA + dossiers 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	% oui / eligibles	Oui	Non	% oui / eligibles	
Global		**113**	**54**	67,7%	**100**	**64**	61,0%	0,25
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**35**	**8**	81,4%	**46**	**22**	67,6%	0,17
	Employés Ouvriers	**31**	**14**	68,9%	**13**	**5**	72,2%	0,96
	p	0,27			0,93			
Classe âge	52-62	**54**	**37**	59,3%	**66**	**41**	61,7%	0,85
	63-74	**59**	**17**	77,6%	**34**	**23**	59,6%	0,04
	p	0,02			0,29			

Tableau 2 : critère « Mammographie notée chez les patientes dépistées » en fonction de la CSP et de la classe d'âge des patientes

		Mammo à jour notée dans dossier 2009			Mammo à jour notée dans dossier 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui / faits à adeca	Oui	Non	%oui / faits à adeca	
Global		**38**	**38**	50,0%	**51**	**17**	75,0%	< 0,01
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**11**	**13**	45,8%	**20**	**6**	76,9%	0,05
	Employés Ouvriers	**9**	**9**	50,0%	**13**	**4**	76,5%	0,10
	p	0,96			0,74			
Classe âge	52-62	**21**	**20**	51,2%	**28**	**16**	63,6%	0,38
	63-74	**17**	**18**	48,6%	**20**	**4**	83,3%	0,01
	p	1,00			0,08			

Tableau 3 : critère «sujet de la mammographie évoqué en consultation chez les non dépistées » en fonction de la CSP et de la classe d'âge des patientes éligibles

		Mammo non faite évoquée en consultation 2009			Mammo non faite évoquée en consultation 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui / non dépistés	Oui	Non	%oui / non dépistés	
Global		**36**	**18**	66,7%	**36**	**28**	56,3%	0,33
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**6**	**2**	75,0%	**14**	**8**	63,6%	0,68
	Employés Ouvriers	**10**	**4**	71,4%	**3**	**2**	60,0%	1,00
	p	1,00			1,00			
Classe âge	52-62	**26**	**11**	70,3%	**20**	**21**	48,8%	0,09
	63-74	**10**	**7**	58,8%	**16**	**7**	69,6%	1,00
	p	0,60			0,18			

Tableau 4 : critère « FCV à jour » en fonction de la CSP et la classe d'âge des patientes éligibles

		FCV à jour dans dossier 2009			FCV à jour dans dossier 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	% oui / éligibles	Oui	Non	% oui / éligibles	
Global		**46**	**82**	35,9%	**62**	**81**	43,4%	0,26
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**15**	**19**	44,1%	**27**	**31**	46,6%	0,99
	Employés Ouvriers	**13**	**15**	46,4%	**13**	**11**	54,2%	0,78
	p	0,94			0,70			
Classe âge	52-58	**22**	**40**	35,5%	**34**	**43**	44,2%	0,54
	59-65	**24**	**42**	36,4%	**28**	**38**	42,4%	0,70
	p	0,93			0,97			

Tableau 5 : critère « Hémoccult à jour » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients éligibles

		Hémocult à jour source ADECA 2009			Hémocult à jour source ADECA 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	% oui / éligibles	Oui	Non	% oui / éligibles	
Global		**83**	**175**	32,2%	**88**	**184**	32,4%	0,96
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**24**	**44**	35,3%	**40**	**67**	37,4%	0,91
	Employés Ouvriers	**14**	**38**	26,9%	**15**	**46**	24,6%	0,95
	p	0,44			0,13			
Sexe	Femme	**55**	**83**	39,9%	**47**	**87**	35,1%	0,49
	Homme	**28**	**92**	23,3%	**41**	**97**	29,7%	0,31
	p	0,01			0,41			
Classe âge	52-62	**46**	**93**	33,1%	**55**	**108**	33,7%	0,99
	63-74	**37**	**82**	31,1%	**33**	**76**	30,3%	0,99
	p	0,83			0,64			

Tableau 6 : critère « Hémoccult noté le dossier » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients dépistés

		Hémocult à jour dans dossiers 2009			Hémocult à jour dans dossiers 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui / fait à adeca	Oui	Non	%oui / fait à adeca	
Global		**50**	**33**	60,2%	**69**	**19**	78,4%	0,01
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**14**	**10**	58,3%	**35**	**5**	87,5%	0,02
	Employés Ouvriers	**9**	**5**	64,3%	**8**	**7**	53,3%	0,83
	p	0,99			0,02			
Sexe	Femme	**33**	**22**	60,0%	**37**	**10**	78,7%	0,07
	Homme	**17**	**11**	60,7%	**32**	**9**	78,0%	0,20
	p	0,86			0,85			
Classe âge	52-62	**29**	**17**	63,0%	**38**	**17**	69,1%	0,67
	63-74	**21**	**16**	56,8%	**31**	**2**	93,9%	< 0,01
	p	0,72			0,01			

Tableau 7 : critère « Sujet de l'hémocult abordé en consultation » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients non dépistés

		Hémoccult non fait évoqué en consultation 2009			Hémoccult non fait évoqué en consultation 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui / non dépistés	Oui	Non	%oui / non dépistés	
Global		**29**	**146**	16,6%	**44**	**140**	23,9%	0,11
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**8**	**36**	18,2%	**27**	**40**	40,3%	0,02
	Employés Ouvriers	**6**	**32**	15,8%	**7**	**39**	15,2%	0,81
	p	0,99			0,01			
Sexe	Femme	**15**	**68**	18,1%	**24**	**63**	27,6%	0,20
	Homme	**14**	**78**	15,2%	**20**	**77**	20,6%	0,44
	p	0,76			0,35			
Classe âge	52-62	**13**	**80**	14,0%	**22**	**86**	20,4%	0,31
	63-74	**16**	**66**	19,5%	**22**	**54**	28,9%	0,23
	p	0,43			0,24			

Tableau 8 : critère « Consommation d'alcool notée dans le dossier » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients

		OH notée dans dossier 2009			OH notée dans dossier 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui	Oui	Non	%oui	
Global		**60**	**340**	15,0%	**141**	**259**	35,3%	< 0,0001
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**17**	**97**	14,9%	**64**	**87**	42,4%	< 0,0001
	Employés Ouvriers	**8**	**81**	9,0%	**31**	**59**	34,4%	< 0,0001
	p	0,29			0,28			
Sexe	Femme	**23**	**177**	11,5%	**65**	**124**	34,4%	< 0,0001
	Homme	**37**	**163**	18,5%	**76**	**135**	36,0%	< 0,001
	p	0,07			0,81			
Classe âge	52-62	**31**	**185**	14,4%	**80**	**161**	33,2%	< 0,0001
	63-74	**29**	**155**	15,8%	**61**	**98**	38,4%	< 0,0001
	p	0,80			0,34			

Tableau 9 : critère « Consommation de tabac notée dans le dossier » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients

		Tabac noté dans dossier 2009			Tabac noté dans dossier 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui	Oui	Non	%oui	
Global		**184**	**216**	46,0%	**243**	**157**	60,8%	< 0,0001
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**55**	**59**	48,2%	**107**	**44**	70,9%	< 0,001
	Employés Ouvriers	**43**	**46**	48,3%	**58**	**32**	64,4%	0,04
	p	0,89			0,37			
Sexe	Femme	**82**	**118**	41,0%	**106**	**94**	53,0%	0,02
	Homme	**102**	**98**	51,0%	**137**	**63**	68,5%	< 0,001
	p	0,06			< 0,001			
Classe âge	52-62	**92**	**124**	42,6%	**146**	**95**	60,6%	< 0,001
	63-74	**92**	**92**	50,0%	**97**	**62**	61,0%	0,05
	p	0,17			0,98			

Tableau 10 : critère « Antécédent familial de cancer du colon et/ou du sein noté dans les dossiers » en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients

		ATCD fam notés dans le dossier 2009			ATCD fam notés dans le dossier 2010			p 2009-2010
		Oui	Non	%oui	Oui	Non	%oui	
Global		**137**	**263**	34,3%	**179**	**221**	44,8%	3,0E-03
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**45**	**69**	39,5%	**91**	**60**	60,3%	1,0E-03
	Employés Ouvriers	**26**	**63**	29,2%	**39**	**51**	43,3%	0,07
	p	0,17			0,02			
Sexe	Femme	**66**	**134**	33,0%	**101**	**99**	50,5%	< 0,01
	Homme	**71**	**129**	35,5%	**78**	**122**	39,0%	0,53
	p	0,67			0,03			
Classe âge	52-62	**79**	**137**	36,6%	**111**	**130**	46,1%	0,05
	63-74	**58**	**126**	31,5%	**68**	**91**	42,8%	0,04
	p	0,34			0,59			

Tableau 11 Taux d'utilisation des TBS dans les dossiers des patients en fonction de la CSP, du sexe et de la classe d'âge des patients

		Utilisation du TBS		
		Oui	Non	%oui
Global		**93**	**308**	23,2%
CSP	Cadres Prof intellec sup et interm	**53**	**98**	35,1%
	Employés Ouvriers	**24**	**66**	26,7%
	p	0,22		
Sexe	Femme	**50**	**150**	25,0%
	Homme	**42**	**158**	21,0%
	p	0,41		
Classe âge	52-62	**51**	**190**	21,2%
	63-74	**41**	**118**	25,8%
	p	0,34		

6.4 Annexe 4 : Résultats individuels des médecins du groupe Lahire (médecins habituels) aux 1er novembre 2009 et 1er novembre 2010

Tableau 1 : Dépistage du cancer du colon

		N (éligible)	Hémoccult à jour* (ADECA)	Renseignement du dossier des patients	
				Hc noté dans le dossier / patients dépistés à jour	Intention dans le dossier** / patients non dépistés
Med 1	2009 2010	29 34	10 (34,5) 13 (38,2)	3 / 10 (30,0) 8 / 13 (61,5)	2 / 19 (10,5) 9 / 21 (42,9)
Med 2	2009 2010	45 41	15 (33,3) 12 (29,3)	8 / 15 (53,3) 8/ 12 (66,7)	8 / 37 (21,6) 2 / 29 (6,9)
Med3	2009 2010	26 44	9 (34,6) 14 (31,8)	7 / 9 (77,8) 12 / 14 (85,7)	5 / 19 (26,3) 4 / 30 (13,3)
Med 4	2009 2010	0 7	3 (42,9)	1 / 3 (33,3)	1 / 4 (25,0)
Med 5	2009 2010	35 23	13 (37,1) 8 (34,8)	6 / 13 (46,2) 8 / 8 (100,0)	2 / 29 (6,9) 6 / 35 (34,0)
Med 6	2009 2010	64 47	24 (37,5) 20 (42,6)	17 / 24 (70,8) 18 / 20 (90,0)	5 / 47 (10,6) 5 / 27 (18,5)
Med 7	2009 2010	36 49	10 (27,8) 14 (16,3)	9 / 10(90,0) 12 / 14 (85,7)	4 / 27 (14,8) 6 / 35 (17,1)
Med 8	2009 2010	6 6	0 (0,0) 2 (33,3)	0 / 0 1 / 2 (50,0)	0 / 6 (0,0) 3 / 8 (37,5)
Total médecins	2009 2010	241 251	81 (33,6) 86 (34,3)	50 (61,7) 68 / 86 (79,1)	26 / 160 (16,3) 36 / 165 (21,8)
Total éligibles	2009 2010	258 272	83 (32,2) 88 (32,4)	**50 / 83 (60,2)** **69 / 88 (78,4)**	25 / 175 (16,7) 44 184 (23,9)

* A jour = datant de moins de 30 mois

**= Info notée non à jour, test remis, on en parle, refus

Tableau 2 : Dépistage du cancer du sein

		N (éligible)	Mammo à jour* (ADECA+ dossiers)	Renseignement du dossier des patientes	
				Mammo notée dans le dossier /patientes dépistées à jour	Intention dans le dossier** / patientes non dépistées
Med 1	2009 2010	25 21	18 (72,0) 8 (38,1)	8/18 (44,4) 6/8 (75)	3/7 (42,9) 3/13 (23,1)
Med 2	2009 2010	37 24	28 (75,7) 19 (79,2)	23/28 (82,1) 18/19 (94,7)	6/9 (66,7) 4/5 (80,0)
Med3	2009 2010	17 24	14 (82,4) 17 (70,8)	10/14 (71,4) 15/17 (88,2)	0/3 (0,0) 5/7 (71,4)
Med 4	2009 2010	0 5	4 (80,0)	4/4 (100,0)	1/1 (100,0)
Med 5	2009 2010	18 12	14 (77,8) 7 (58,3)	12/14 (85,7) 7/7 (100,0)	3/4 (75,0) 3/5 (60,0)
Med 6	2009 2010	37 32	21 (56,8) 21 (65,6)	13/21 (61,9) 14/21 (66,7)	5/16 (31,3) 6/11 (54,5)
Med 7	2009 2010	20 27	11 (55,0) 13 (48,1)	6/11 (54,5) 12/13 (92,3)	5/9 (55,5) 5/14 (35,7)
Med 8	2009 2010	4 5	2 (50,0) 4 (80,0)	0/2 (0,0) 3/4 (75,0)	2/2 (100,0) 1/1 (100,0)
Total médecins	2009 2010	158 150	108 (68,4) 93 (62,0)	72/108 (66,7) 79/93 (84,9)	29/50 (58,0) 28/57 (49,1)
Total éligibles	2009 2010	167 164	113 (67,7) 100 (61,0)	**75/113 (66,4)** **83/100 (83,0)**	36/54 (66,7) 39/64 (60,9)

* A jour = datant de moins de 30 mois

**= Info notée non à jour, on en parle, suivi gyneco, refus

Tableau 3 : Dépistage cancer du col de l'utérus

		N (éligibles)	Renseignement du dossier des patientes	
			FCV noté et à jour* dans le dossier / éligibles	Intention dans le dossier** / FCV non à jour
Med 1	2009 2010	20 25	2/20 (10,0) 7/25 (28,0)	8/18 (44,4) 5/18 (27,8)
Med 2	2009 2010	29 25	22/29 (75,9) 19/25 (76,0)	5/7 (71,4) 4/6 (83,3)
Med3	2009 2010	14 19	6/14 (42,9) 9/19 (47,4)	1/8 (12,5) 5/10 (50,0)
Med 4	2009 2010	 2	 2/2 (100,0)	 0/0 !
Med 5	2009 2010	11 8	7/11 (63,6) 5/8 (62,5)	4/4 (100,0) 2/3 (66,6)
Med 6	2009 2010	23 28	3/23 (13,0) 9/28 (32,1)	6/20 (30,0) 8/19 (42,1)
Med 7	2009 2010	16 24	4/16 (25,0) 7/24 (29,2)	4/12 (33,3) 5/17 (29,4)
Med 8	2009 2010	5 4	0/5 (0,0) 0/4 (0,0)	4/5 (80,0) 1/4 (25,0)
Total médecins	2009 2010	118 135	44 / 118 (37,3) 58 / 135 (42,9)	32 / 74 (43,2) 30 / 77 (41,6)
Total cabinet	2009 2010	128 143	46 / 128 (35,9) 62 / 143 (43,4)	50 / 82 (61,0) 51 / 81 (63,0)

* A jour = datant de moins de 42 mois
** = Info notée non à jour, on en parle, suivi gyneco, refus

Tableau 4 : Renseignement des dossiers (divers)

		N	Renseignement du dossier des patients			
			OH noté et à jour *	**Tabac noté et à jour***	**ATCD familiaux notés et à jour****	**CSP notée**
Med 1	2009 2010	52 50	4 (7,7) 20 (40)	19 (36,5) 29 (58,0)	14 (26,9) 31 (62,0)	28 (53,8) 37 (74,0)
Med 2	2009 2010	68 53	6 (8,8) 18 (34,0)	27 (39,7) 34 (64,2)	28 (41,2) 26 (49,1)	35 (51,5) 37 (69,8)
Med 3	2009 2010	54 67	16 (29,6) 25 (37,3)	39 (72,2) 53 (79,1)	16 (29,6) 20 (29,9)	28 (51,9) 45 (77,2)
Med 4	2009 2010	0 10	5 (50,0)	8 (80,0)	6 (60,0)	5 (50,0)
Med 5	2009 2010	54 35	11 (20,4) 13 (37,1)	34 (63,0) 27 (77,1)	30 (55,6) 25 (71,4)	42 (87,8) 30 (85,7)
Med 6	2009 2010	77 71	4 (5,2) 25 (35,2)	21 (27,2) 30 (42,3)	18 (23,4) 19 (26,7)	27 (35,1) 35 (49,3)
Med 7	2009 2010	54 70	7 (13,0) 27 (38,6)	21(38,9) 37 (52,9)	14 (25,9) 34 (48,6)	34 (63,0) 54 (77,1)
Med 8	2009 2010	13 12	8 (61,5) 6 (50,0)	10 (76,9) 9 (75,0)	4 (30,8) 8 (66,6)	4 (30,8) 7 (58,3)
Total médecins	2009 2010	372 368	56 (15,1) 139 (37,7)	171 (46,0) 227 (61,6)	124 (34,1) 169 (45,9)	198 (53,2) 248 (67,9)
Total cabinet	2009 2010	400 400	**63 (15,7)** **148 (37,0)**	**184 (46,0)** **243 (60,8)**	**134 (33,5)** **179 (44,6)**	**198 (53,2)** **243 (60,8)**

* A jour = noté au moins une fois chez non consommateur, info < 2 ans chez le consommateur
** A jour = < 5 ans

Tableau 5 : Utilisation du TBS

	Nombre de patients concernés	TBS utilisé au moins pour 1 item	
Med 1	50	21	42,0 %
Med 2	53	13	24,5 %
Med 3	67	7	10,4 %
Med 4	10	1	10,0 %
Med 5	35	13	37,1 %
Med 6	71	16	22,5 %
Med 7	70	17	24,3 %
Med 8	12	0	0,0 %
Total médecins	368	88	23,9 %
Total cabinet	400	93	23,2 %

6.5 Annexe 5: Questionnaire TBS Prévention - Médecins du cabinet Lahire – Décembre 2010

Depuis 9 mois, le tableau de bord de suivi relatif aux dépistages des cancers du colon, du sein et du col de l'utérus, ainsi qu'à la consommation alcoolo-tabagique des patient(e)s a été introduit dans les dossiers. Avant de voir ce que TBS a modifié en terme de prise en charge des patient(e)s, j'aimerais avoir votre retour par rapport à ce tableau. Je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire avant le 17 décembre prochain, où nous nous retrouverons pour faire le point ensemble.
Merci encore pour votre aide !

Type d'utilisation du TBS :

1. A quelle occasion ouvrez-vous le TBS ?

   - Lors d'une première consultation :
     - Jamais |__|
     - Rarement |__|
     - Parfois |__|
     - Toujours |__|
     - Remarque :
       _____
       _____
   - Si on parle prévention avec le patient
     - Jamais |__|
     - Rarement |__|
     - Parfois |__|
     - Toujours |__|
     - Remarque :
       _____
       _____
   - Je vais l'ouvrir même si le patient n'a pas parlé spontanément de prévention :
     - Jamais |__|
     - Rarement |__|
     - Parfois |__|
     - Toujours (je passe systématiquement l'ouvrir) |__|
     - Remarque :
       _____
       _____

2. Quelles informations y notez-vous ?

- Que pouvez-vous dire de chacun des items présents dans le TBS ?

	Je ne l'utilise pas	Je l'utilise, mais ne me convient pas	Je l'utilise, me convient
CSP	☐	☐	☐
ATCD famil. de K	☐	☐	☐
Hémoccult	☐	☐	☐
FCV	☐	☐	☐
Mammographie	☐	☐	☐
Consommation OH	☐	☐	☐
Consommation Tabac	☐	☐	☐

- Consultez-vous les informations concernant un item auxquelles on peut accéder en faisant ctrl + click sur le libellé
  - Jamais |__|
    Dans ce cas est-ce parce que :
    - Vous ne saviez plus que ces informations existaient ?|__|
    - Vous ne saviez pas y accéder ? |__|
    - C'est trop long pour y accéder ? |__|
    - Vous n'en avez pas besoin ? |__|
  - Parfois |__|
  - Souvent |__|
    S'il vous arrive de consulter ces informations parfois ou souvent, est-ce plutôt pour :
    - Revoir si le patient correspond aux conditions d'éligibilité d'un examen ?|__|
    - Obtenir les coordonnées d'adeca pour les donner au patient ?|__|
    - Demander l'envoi d'étiquettes ou de convocation pour une mammographi e ?|__|
- Si vous ouvrez le TBS,
  - Vous l'utilisez pour noter les informations abordées spontanément avec le patient ? Oui ☐ Non ☐
  - Vous en profitez pour le renseigner plus complètement ? Oui ☐ Non ☐
  - Sans objet (je ne l'utilise pas suffisamment pour pouvoir répondre) ☐

Remarques :

_____

_____

Le TBS au (plus ou moins) quotidien :

1. Estimez-vous que cela soit :
   - Simple, intuitif |__|
   - Pas si simple au début mais rapidement on prend ses marques |__|
   - Il faut beaucoup l'utiliser avant que cela soit facile |__|
   - Je n'y comprends rien |__|
   - Autre/Remarque : _____
     _____

2. Par rapport au temps nécessaire au remplissage du TBS, pensez-vous que ce soit :
   - Rapide, je gagne du temps dès le début |__|
   - C'est long au début, mais avec l'habitude le temps de remplissage devient acceptable |__|
   - Chronophage |__|
   - Autre / remarque : _____
     _____

3. Sur le plan de la formation :
   - Comment avez-vous été formé(e) ?
     - Seul (e) /en groupe
     - Une fois / Plusieurs fois
   - Utilisez-vous le mode d'emploi détaillé ? *(rayer les mentions inutiles)*
     - Non :
       - pas besoin |__|
       - je l'ai perdu |__|
       - trop complexe |__|
     - Oui :
       - souvent |__|
       - parfois |__|
       - surtout au début |__|
   - Utilisez-vous le mode d'emploi résumé ?
     - Non :
       - pas besoin |__|
       - je ne l'ai pas reçu |__|
       - trop succin |__|
       - trop complexe |__|
     - Oui :
       - Souvent |__|
       - Parfois |__|
       - surtout au début |__|

Pour la suite :

Verriez-vous des modifications à faire sur la structure du TBS ?

- Retirer des items : _____
  _____
- Ajouter des items : _____
  _____
- Informations à rajouter/ préciser : _____
  _____

Auriez-vous des suggestions par rapport à la formation à fournir ?

_____
_____
_____
_____

Finalement, depuis l'introduction de ce TBS :

- Vous n'en pouvez plus d'entendre parler de prévention, il y a d'autres priorités ! |__|
- Cela n'a pas changé grand-chose à votre pratique |__|
- Vous avez l'impression de penser davantage « prévention » (même sans utiliser le TBS) |__|
- Autre/Remarque :
  _____
  _____

Par la suite, pensez-vous utiliser le TBS ?

- Très réticent(e) |__|
- Plutôt réticent(e) |__|
- Plutôt favorable |__|
- Très favorable |__|

Merci pour votre participation ☺ A très bientôt !

7 Bibliographie

(1) Rouge-Bugat ME, Mesthe P, Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. " Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées, La revue du praticien 2010

(2) Bataillon R, Comment améliorer la prévention en médecine générale ? Revue du praticien médecine générale 2006 N° 20 p750-751

(3) HAS Rapport d'évaluation de référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles – Dépistage du cancer du sein en médecine générale, 2004

(4) Ministère de l'enseignement et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. Plan cancer 2009-2013. 2009. Mesure 16

(5) Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, Jougla E. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. BEH. 2007; (35-36):308-14.

(6) Plan cancer 2009-2011 - 3ème rapport d'étape au Président de la République - Juin 2011, 132p

(7) InCA- Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France- Novembre 2010 Rapport et synthèse

(8) Bouvier AM, Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France, BEH 13 janvier 2009 p 15

(9) InCA, Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux e-cancer avril 2010

(10) Faivre J, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004;126:1674-80

(11) Europe against cancer. Eupean guidelines for quality assurance in mammography screening. Fouth ed 2006. European communities.

(12) HAS Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2010, 234 p

(13) In Ca, Efficacité du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/11-cancer-colorectal/57-efficacite-depistage-organise-cancer-colorectal.html#ind1 (consulté le 23/11/11)

(14) InVS - DEPISTAGE du CANCER du SEIN : Un taux de participation toujours insuffisant- avril 2011

(15) Institut National du Cancer (INCa), État des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, 2007 Sep, 66p, [consulté le 03 novembre 2011], disponible sur le Web : http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/dossier-dinformation-pour-les-professionnels
(16) Baromètre INCa- BVA : les français face au dépistage des cancers- janvier février 2009 pp1-12
(17) OFDT, Drogues et dépendances : données essentielles. 2005, Paris : Editions La Découverte : 46-49
(18) Hill C, Laplanch A,Tabagisme et mortalité 2003 : aspects épidémiologiques, BEH 2003 N°22-23, p 98-100
(19) Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Intern Med. 1997 May;12(5):274-83.
(20) Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Prev Med. 1999 May;28(5):503-
(21) SFTG, Rapport final de recherche : Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage, 2010, 122 p
(22) McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med. 2003;348:2635-45.
(23) Jaén CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. J Fam Pract. 1994;38:166-71
(24) Dujoncquoy S. *et al.*, « Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes » , *Santé Publique*, 2006/4 Vol. 18, p. 533-547. DOI : 10.3917/spub.064.0533
(25) Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy Bull Cancer. 2004 Oct;91(10):785-91. Ganry O, Boche T.
(26) Garcia-Gianolli H. ; Sasco A. J. Prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône : une enquête déclarative, Bulletin du cancer 1996, vol. 83, n°10, pp. 853-863
(27) Breuille-Grenier P DREES La durée des séances des médecins généralistes, Etudes et résultats 2006 N° 481
(28) Fiscella K, So much to do, so little time: care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit Arch Intern Med. 2008 September 22; 168(17): 1843–1852.
(29) Hulscher M, Wenshing M, Van Der Weijden et al. Interventions to implement prevention in primary care. The Cochrane Library Update Software 1. 2002

(30) Shea S, Dumouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled-trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. JAMA 1996; 3 : pp 399-409
(31) Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes : a systematic review. JAMA. 2005;293:1223-38.
(32) Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 2006;144:742-52.
(33) Bryan C, Boren SA. The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: a systematic review of the literature. Inform Prim Care. 2008;16(2):79-91.
(34) Falcoff , Benainous O Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale , Pratiques et Organisation des Soins 2009 volume 40 n° 3
(35) Gras H, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : le statut vis-à-vis du dépistage mammographique dans les dossiers de médecine générale, 2011, Paris, 127p
(36) Megret V, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale, 2010, Toulouse, 140p
(37) Rapport d'activité 2010 – ADECA 75
(38) Guegand-Rousseau F, Thèse pour le doctorat en médecine « que savent les médecins généralistes du tabagisme de leurs enfants ? », Paris 2011
(39) Dupuy-Dekyvere S, Thèse pour le doctorat en médecine « Que savent les médecins généralistes de la consommation d'alcool de leurs patients ? » Paris 2011
(40) INCA Médecins généralistes et dépistages des cancers – synthèse des résultats de l'enquête barométrique InCa/BVA – 2010
(41) Dourgnon P , Apport de l'informatique dans la pratique médicale – premiers résultats d'une enquête inédite via internet, 2000, CREDES Bulletin d'information en économie de la santé N°26, 6p
(42) Rigal, L., et al., Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey, Prev. Med. (2011)

(43) Fiscella K, Inequality in Quality : addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. *JAMA*. 2000;283(19):2579-2584

(44) InVS - http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/ (consulté le 15 octobre 2011)

RÉSUMÉ

Contexte : le médecin généraliste a une position centrale dans le dépistage des cancers. Des tableaux de bords de suivi (TBS) informatiques existent, permettant de regrouper les informations relatives à plusieurs items et alertant le médecin pour un item non à jour.

Objectif : nous avons cherché à savoir si l'implémentation d'un TBS dans les dossiers des patients pourrait aider le médecin dans sa mission, en augmentant le nombre de patients pratiquant les examens de dépistage, et en améliorant le renseignement des dossiers.

Méthode : nous avons mené une étude avant-après dans un cabinet de médecine générale à Paris, avec 400 patients tirés au sort dans chaque phase. Les items inclus dans les TBS étaient la réalisation de l'hémoccult, du frottis cervico-vaginal, la mammographie, les antécédents familiaux de cancers et la consommation alcoolo-tabagique des patients.

Résultats : neuf mois après l'introduction d'un TBS, les taux d'examens de dépistage réalisés n'ont pas changé. Par contre le renseignement des dossiers a nettement progressé, pour tous les items sans exception. Le TBS n'a été utilisé qu'une fois sur quatre, les médecins ayant mis du temps à l'intégrer dans leur pratique. Néanmoins les médecins sont satisfaits du système.

Discussion : l'impact réel des TBS en terme de taux d'examens réalisés devrait être mesuré dans quelques années, une fois les TBS inscrits dans la pratique. Ce type d'outil permet de saisir de manière structurée les procédures réalisées, tant pour la présentation que pour le suivi des pathologies chroniques. Le suivi d'indicateurs devient ainsi possible.

DISCIPLINE :
Doctorat en Médecine Générale

MOTS-CLES
Dépistage de cancer, hémoccult, mammographie, consommation d'alcool,
consommation de tabac, système informatique d'aide à la décision, tableau de bord de suivi, dossier médical

UNIVERSITE PARIS DESCARTES (PARIS V)
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES
15 rue de l'Ecole de Médecine
75270 PARIS CEDEX 06